ROK IV WARSZAWA 1930 MAJ ZESZYT V

# WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA

*REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN*

*pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego*

## PRACE ORYGINALNE

### O wczesnem rozpoznawaniu ciąży.

PODAŁ:

**Dr. med. FRANCISZEK SIENICKI**

**Lekarz rejonowy w Czyżewie.**

Jak trudnem jest nieraz kliniczne rozpoznanie ciąży, świadczy o tem poszukiwanie coraz to nowych sposobów rozwiązania tego zagadnienia na drodze biologicznej. Żadne może złe rozpoznanie tak nie dyskredytuje lekarza wobec pacjenta jak mylne rozpoznanie ciąży. Jest ono po krótszym lub dłuższym czasie bijącym w oczy. Dlatego trzeba wytężyć naszą myśl rozpoznawczą, zebrać wszystkie najdrobniejsze szczegóły, osiągnięte z wywiadów, badania klinicznego i biologicznego, powiązać je przyczynowo i na podstawie wszystkich danych zbudować dopiero gmach rozpoznania. Cechy pewne, przemawiające za ciążą, pochodzą od płodu. Do nich należy: 1) wymacanie części płodu, 2) wyczucie ruchów płodu, 3) wysłuchanie tętna płodu, 4) stwierdzenie rentgenologiczne płodu. Cechy te można stwierdzić dopiero po 20-ym tygodniu ciąży. Rentgenologicznie, coprawda, w pewnych warunkach udaje się stwierdzić obecność płodu już w IV-ym miesiącu ciąży.

Niemniej jednak na podstawie danych, które poniżej omówię, można rozpoznać ciążę już w pierwszych jej miesiącach, z dużym prawdopodobieństwem.

Wskutek rozwoju chemji i badań biologicznych i tu wytężono wszystkie siły, ażeby problemat istnienia ciąży rozwiązać przy pomocy chemji i badań biologicznych, pozostawiając ścisłe badanie kliniczne na uboczu, oczywiście z dużą szkodą dla zagadnienia ciąży.

Postaram się teraz przedstawić w krótkości jaką wartość dla lekarza-praktyka mają t. zw. odczyny i próby na ciążę i jak mamy się do nich ustosunkować, a potem przejdę do danych, uzyskanych drogą badania klinicznego.

A *Badania biologiczne.*

1. Najbardziej znanym odczynem na ciążę jest *odczyn serologiczny Abderhaldena,*

którego podstawą jest obecność we krwi ciężarnych fermentów obronnych przeciwko ciałom, wytwarzanym przez łożysko płodu.

Odczyn ten, mimo modyfikacji (Sdrodowsky, Lütge i Mertz i inni) niema zastosowania w praktyce.

Ani też *odczyn Lütgiego i Mertza,* który autorom dawał 98,7% wyników dodatnich, nie został potwierdzony przez innych badaczy.

Badanie interferometrem wg. *Hirsch'a* nie mogło też dać pomyślnego rozwiązania w tej kwestji.

2) *Próba tolerancji na cukier* (dekstroza), polega na obniżonej asymilacji cukru pod koniec pierwszego miesiąca ciąży. Próba ta nie jest specyficzną. *Kleitsman* podaje, że otrzymał wyniki dodatnie tej próby u nieciężarnych w praemenstruum. *Nathman* miał uzyskać 96% wyników dodatnich, gdy *Bokelman i Rotber* odmawiają jej jakiejkolwiek wartości rozpoznawczej.

3. *Próba florydzynowa,* przy której ukazuje się cukier w moczu, wg. *Kamnitzera i Josepha* daje wyniki dodatnie zaledwie w 80% przypadków i tylko do V-go miesiąca ciąży.

4. *Proba adrenalinowa* — cukier w moczu — 90% wyników dodatnich — również nie może być brana pod uwagę.

5. *Próba Diensta* — 10 cm.$^3$ moczu + 0,2 cm.$^3$ 1% wodnego roztworu ninhydryny gotuje się 25 sek.; wynik dodatni — kolor ciemno-lila — zawiodła również pokładane w niej nadzieje autora.

6. *Szybsze opadanie czerwonych ciałek krwi,* które *Linzenmeier* uważał za charakterystyczne dla ciąży, występuje również przy rozpadzie i regeneracji ciał białkowych np. w raku, gorączce, gruźlicy i sprawach zapalnych.

7. Z pośród sposobów biologicznego stwierdzenia ciąży najlepsze wyniki daje *odczyn AschheimZondeka* (A. Z. R.). Sposób ten polega na wykryciu w moczu ciężarnych hormona z przedniego płatu przysadki mózgowej; hormon ten już w bardzo wczesnej ciąży (4—6 tydzień) daje się wykazać w moczu ciężarnych.

Wstrzykuje się małe ilości moczu ciężarnych niedojrzałym białym myszom, które wskutek tego po upływie 100 godzin dojrzewają, co możemy stwierdzić na zasadzie powiększenia jajników i macicy, widocznych już gołem okiem.

Dla dokładnego rozpoznania musimy się uciec do badania mikroskopowego. Robimy z jajnika cały szereg skrawków i wtedy możemy zaobserwować: pęcherzyki *Graafa* w różnych okresach rozwoju, wybroczyny punkcikowate i ciałka żółte. Odczyn ten jest specyficznym dla ciąży. Występuje w 98½% przypadków dodatnio. Warunkiem jednak dodatniego odczynu jest płód żywy, lub nieżywy, ale nakrótko przed wykonaniem odczynu. Dodatni odczyn z powyższym zastrzeżeniem występuje nietylko w ciąży wewnątrz ale i zewnątrzmacicznej. Jeżeli zechcemy go jednak wykorzystać w celach praktycznych i szerszego zastosowania musi on ulec jeszcze modyfikacjom.

Jak z powyższych danych biologicznych widzimy, rozpoznanie ciąży na tej drodze natrafić musi na duże trudności i jak dotąd, prócz odczynu A. Z. R. nie mamy odczynów specyficznych i gwarantujących pewne rozpoznanie wczesnej ciąży.

A. *Badanie kliniczne.*

Nie widząc jeszcze dostępnego dla lekarza-praktyka rozwiązania problematu stwierdzenia ciąży w jej wczesnym okresie na drodze biologicznej, musimy ugruntować swoje rozpoznanie badaniem klinicznym.

W wypadkach trudnych musimy uciekać się do kilkakrotnego badania w odstępach 10 — 14 dni; wtedy na zasadzie porównania możemy wypowiedzieć swoje zdanie o istnieniu lub nieobecności ciąży.

W wywiadach notujemy datę i charakter ostatniego perjodu, pytamy się o dolegliwości, które mogą towarzyszyć ciąży, jak nudności, wymioty, wzmożone wydzielanie śliny, zaburzenia jelitowe, zgaga, zaburzenia nerwowe, łatwe męczenie się, zmiana nastroju, drażliwość.

Oglądaniem możemy stwierdzić ciemne zabarwienie na twarzy, sutkach i wzdłuż linji białej brzucha; powiększenie gr. i brodawek sutkowych, uwydatnienie się gruczołów *Montgomery'ego;* wskutek ucisku brodawek wydziela się siara.

Wydzielanie się siary nie zawsze przemawia za obecnością ciąży. Może się ona wydzielać nawet u dziewic w czasie perjodu, przy włókniakach, torbielach i w ciężkich stanach chorobowych.

Badanie położniczo - ginekologiczne należy rozpocząć od opróżnienia pęcherza za pomocą cewnika. Mocz zbadać. Podczas oglądania zewnętrznych części płcio-

wych należy zwrócić uwagę na zasinienie błony śluzowej wejścia do pochwy, łechtaczki, okolicy ujścia cewki moczowej i rozpulchnienie wskutek przekrwienia i wzmożonego wydzielania błon śluzowych. Po wprowadzeniu wziernika widzimy, że zabarwienie i rozpulchnienie sięga dalej. Z chwilą wstawienia się części pochwowej do wziernika widzimy, że brzegi jej są więcej mięsiste, a przy pierwszej ciąży przyjmuje ona wygląd walca; czop śluzowy w szyjce jest powiększony i mocno przylega do jej ścian. Zmian zabarwienia może wcale nie być. Jeżeli są — przybywa nam jedna z cech do zbudowania całokształtu rozpoznania.

Obmacywaniem stwierdzamy:

1. Powiększenie macicy. Może ono być nierównomierne. Odgrywa tu rolę dominujące usadowienie się jaja płodowego i zdolność odczynu ze strony macicy. Najczęściej macica bywa powiększona w rozmiarze strzałkowym, ale i inne rozmiary są powiększone, choć niekiedy nieregularnie. W rozpoznaniu różniczkowem należy uwzględnić następujące stany chorobowe, w których macica jest powiększona, względnie odnosi się wrażenie powiększenia macicy:

a) przewlekłe zapalenie macicy—endometritis chronica - macica więcej płaska, nie powiększona w rozmiarze strzałkowym, nieplastyczna, więcej twarda.

b) krwiak macicy — haematometra — macica okrągła i twarda, brak innych objawów, przemawiających za ciążą.

c) włókniak śródmiąższowy — myoma interstitiale — macica twardsza, brak objawów Hegara.

d) Torbiel jajnika — cystis ovarii — da się wykluczyć badaniem wzdłuż brzegów szyjki aż do trzonu, wtedy można stwierdzić, że guz ten nie jest macicą powiększoną, brak zmian ciążowych ze strony matki.

Objaw Piskacka — „boczne wydęcia macicy“ najczęściej w rogu macicy występuje w drugim, trzecim i czwartym miesiącu ciąży. Musimy jednak wykluczyć ciążę pozamaciczną, guzy przydatków i włókniaki podśluzowe.

2. Spoistość wzgl. zbitość macicy. Macica w ciąży jest miękka i rozpulchniona. Możemy obserwować różne stopnie jej spoistości od elastycznej po przez ciastowatą aż do spoistości masła, tak, że przy badaniu nie można jej wyczuć i dokładnie odgraniczyć. Niemniej jednak uważnym i delikatnym obmacywawaniem możemy przez porównanie z otoczeniem dojść do roztrzygujących wniosków. Macica w chwili badania może zmieniać swoją spoistość, szczególnie w miejscu usadowienia się jaja płodowego.

Powstają skurcze, miejsce to twardnieje, ma się wrażenie guza. Na tej właściwości t. j. na zmianie spoistości macicy w ciąży polegają objawy Alfreda Hegara.

Badać należy badaniem zestawionem t. j. dwuręcznie, w ten sposób, aby prawą część miednicy małej i narządów płciowych badała wewnątrz ręka prawa, lewa zaś pomagała od zewnątrz i odwrotnie.

Objaw Hegara I. Ręka prawa - wewnętrzna w sklepieniu przedniem, ręka lewa zewnętrznie wciska się przez powłoki brzuszne poza macicą, aż do zatoki Douglasa; wtedy między palce obu rąk dostaje się szyja macicy. Przy dodatnim objawie Hegara wyczuwa się między palcami część nadpochwową szyji w kształcie taśmy, powyżej rozpulchnioną macicę, poniżej zaś nieco twardszą część pochwową. W wypadku niepodatności powłok brzusznych można posługiwać się modyfikacją Hegara, w ten sposób, że rękę wewnętrzną wprowadza się do sklepienia tylnego, zewnętrzną uciska się powłoki brzuszne w zatoce pęcherzowo macicznej i znowu między palcami wyczuwamy część nadpochwową w kształcie taśmy. Wynik badania nie jest jednak tak wyraźny jak przy technice oryginalnej.

Objaw Hegara II. Palec ręki wewnętrznej leży w sklepieniu przedniem, ręki zewnętrznej — poza spojeniem łonowem, przed trzonem macicy, Wskutek rozpulchnienia trzonu macicy możemy między palce ująć jej przednią ścianę w kształcie fałda.

Objaw Gauss'a. Palcami ręki wewnętrznej, wprowadzonemi do pochwy, próbujemy przesuwać część pochwową w wymiarze strzałkowym i czołowym. Przy dodatnim objawie przesuwalność może być tak znaczna, że odnosi się wrażenie, jakgdyby szyjka i trzon nie były ze sobą w żadnym związku.

3. Sellheim zwrócił uwagę w ostatnich czasach na rozpulchnienie ścian pochwy, występujące jednocześnie z miękkością powłok brzusznych, co przy badaniu zestawionem łatwo wykazać.

4. Tętnienie tętnicy macicznej w bocznem sklepieniu pochwowem można już w pierwszym miesiącu ciąży stwierdzić.

5. Objaw H. F. Freunda. Już w 8 — 14 dni po niewystąpieniu perjodu udaje się stwierdzić corpus luteum graviditatis. Jajnik, w którym znajduje się wspomniane ciałko żółte, jest miękki, powiększony i wskutek tego łatwiej wyczuwalny przez sklepienie boczne. Do bolesności nie należy przywiązywać większego znaczenia.

Ponieważ wszystkie wymienione cechy ze strony matki są tylko prawdopodobne i tylko zespół harmonijny ich przemawia za istnieniem ciąży, dlatego należy przy badaniu brać pod uwagę nie jeden objaw, a cały stan badanej, osiągnięty z wywiadów, które stoją w zgodzie z danemi otrzymanemi badaniem klinicznym.

W ten sposób drogą konsekwentnego rozumowania i powiązania otrzymanych wyników, dojdziemy do rozwiązania pytania: czy ciąża jest, czy jej niema.

Badanie kliniczne jest dostępne dla każdego lekarza praktyka i nie wymaga żadnych urządzeń ani pracowni, jak to ma miejsce przy badaniu biologicznem.

Zadaniem moim w tym krótkim artykule było przypomnienie znanych, a często zapominanych prawd w nieco nowszem świetle.

PIŚMIENNICTWO

1. *A. Czyżewicz* — Położnictwo. 2. *A. Rosner* — Ginekologja 3. *Bumm*-Grundriss z Stud. d. Geburtslehre. 4. *C. Polano*- Geburtsthil. — Ginäkolog. Propädeutik. 5. *E. Weigart* — Serodiagn. d. Schwang. u. serol. Geschlihtsbest. Ungeb. (Ztschr. f. Immunitätsforsch. u. experim. Ther. Bd. 58, H. 5 u. 6 — 1928). 6. *W. Zangemeieter* u. *E. Krieger* — Eine Schwanger schaftsreaktion. (M. M. Wschr. Nr. 37 1928). 7. *M. Lurie, N. Kosarew* u. *A. Rosenblatt* — Serolog. d. Schwang. m. Sdrodowsky modifiz. Abderhaldenshh. Reakt. (Ztschr. f. Immuntiätsf. u. exp. Ther. Bd. 54, H. 3 u. 4, 1928). 8. *Kleitor ann* — Z. Frage d. Bewert. Zuckertoleranzprobe f. Dg. d. Frühschwang. (Zbl. f. Gynäkol. Nr. 2 — 1929. 9. *C. Bokelman u. J. Rotber* — Ist die Zuckertoleranzprobe f. Dg. d. Schwang. verwertbar? (Klin. Wschr Nr. 12 — 1928). 10. *Artbnr Dienst* — Z. Früdg.. d, Schwang. aus d. Urin (Mschr. f. Geburtsk. u. Gynäk. Bd. 79, H. 4 u. 5, 1929). 11. *S. Aschbeim* u. *B. Zondek* — Schwangdg. aus d. Harn (Klin. Wschr. Nr. 1 — 1928. 12. *S. Aschbeim* u. *B. Zondek* — Schwangdg. aus dem Harn durch Nachweis d. Hypophysenvorderlappenhormon (Klin. Wschr. Nr. 30 u. 31 — 1928. 13. *Ehrbardt* — D. Frühdg. d. Schwang- aus d. Harn. (A. Z. R.) (Klin. Wschr. Nr. 44 — 1928. Aerzl. Ver z. Frankfurt Sitz. 19. XI.). 14. *A. Sidal* — Eine Schwang. hormonprobe (J. amer. med. Assoc. 1928 — 91/II; M. M. Wschr.). 15. *G. M. vau d. Plank u. J. J. Vlecschouser* — Frühdg. d. Schwang. (Nyd. Tijdsek. Gencesk. H. 5 — 1929). 16. *E. J. Krauss* — Z. Technik d. A. Z. R. (Klin. Wschr. Nr, 16 — 1929). 17. *R. Brübl* — D. Vorkom. d. Hypophys. vord. lapp. hormon im Harn (A. Z. R.). (Klin. Wschr. Nr. 38 — 1929). 18. *E. Vogt* — Ueber Schwang dg. aus d. Harn (A. Z. R.) (Med, nat. Verein. Tübingen, Sitz. 22.VII — 1929). 19. *E. Vagt* — Ueber Schwang. dg. aus d. Harn (Med. Klin. H. 45 — 1929). 20. *E. Vogt* — Ueber Schwang. dg. aus d. Harn. (M. M. Wschr. Nr. 7 1930). 21. *Bucura* Z. Frühdgn. d. Schwangersch. (Wien. Klin. Wschr. Nr. 49 — 1928.

## RÉSUMÉ

Fr. Sienicki. Sur le diagnostic précoce de la grossesse.

L'auteur parle des expériments de laboratoire, permettant d'affirmer l'existence de la grossesse et passe ensuite aux manifestations cliniques, en soulignant, que l'examen minutieux est accéssible à tout médecin et partout, et que la critique convenable non pas d'un seul symptôme, mais de tout un ensemble, permettra la constatation de la grossesse.

DR. A. BRYLIŃSKI.

# Phosphacid Dr. Romanowskiego.

Mineralne niedotlenki fosforu i ich chemiczne połączenia z wapniem.

Leczniczy wpływ i sposób stosowania tego preparatu w przebiegu gruźlicy i innych niedomaganiach ustroju.

Wyniki stosowania Phosphacidu uzyskane na podstawie przeszło 300 przypadków własnych, ściśle i czas dłuższy spostrzeganych w przeciągu 20 lat, t. j. od chwili powstania tego preparatu.

*(Dokończenie)*

Wzajemny stosunek neutrofilów i limfocytów, tych dwóch grup, przeciwwstawiających się zawsze w gruźlicy, skierował myśl Dr. *Romanowskiego*, jak i prof. *Krebego*, do ujęcia ich w postaci ułamka, gdzie w liczniku znajduje się liczba odsetkowa limfocytów. Jest to „index leukocytarny", który w stanie prawidłowym przedstawia się: $= \frac{\text{neutrofile}}{\text{limfocyty}} = 2{,}3$. Ułamek ten, jak widzimy jest nieprawidłowy. Neutrofilów jest bowiem zazwyczaj 65%—75%, limfocytów zaś 25%. (Sposób *Biernackiego* określający szybkość opadania czerwonych krwinek nie był wogóle przeprowadzany przy stosowaniu Phosphacidu w rosyjskich klinikach).

Przy leczeniu gruźlicy płuc za pomocą Phosphacidu ułamek ten przybiera różne wielkości, co ma też odrębne znaczenie rozpoznawcze. Zmniejszenie tego ułamka, a zatem zbliżanie do stanu prawidłowego, oznacza osłabienie procesów chorobowych i wzmocnienie sił chemiobiologicznych ustroju, które biorą górę. Dawki mogą być wtedy stosowane śmielej i nadal powiększane. Gdy ułamek się powiększa, wskazuje to na przewagę choroby nad siłami ustroju. Wówczas dawki Phosphacidu winny być mniejsze, lub nawet bardzo małe.

Oprócz ogólnego odczynu w chorym na gruźlicę ustroju, Phosphacid wywołuje również i odczyn „ogniskowy". Tak np. ropnie przypadkowo istniejące w leczonym ustroju ulegają przekrwieniu i otwierają się. Gruczoły limfatyczne dotychczas twarde, zwykle miękną i wchłaniają się, lub też przerastają tkanką łączną. W ogniskach płucnych dają się zauważyć rzężenia wilgotne, świadczące o miejscowem przekrwieniu. Plwocina wykazuje większą ilość czerwonyeh ciałek krwi. Zbyt wielkie dawki mogą wywołać krwotoki płucne.

Bardzo wyraźnie daje się zaobserwować ogniskowy odczyn przy leczeniu tocznia zapomocą Phospacidu (Lupus vulgaris). Spostrzegałem trzy przypadki tego schorzenia. Każde wstrzyknięcia Phosphacidu wywołuje w pierwszym lub w drugim dniu nacieczenie i przekrwienie ognisk chorobowych. Bywa ono większe lub mniejsze, zależnie od wielkości zastosowanej dawki i stopnia rozwoju sprawy chorobowe:. Jednocześnie występuje podwyższenie ciepłoty ciała i wzmożenie bólów w miejscach schorzałych. Jest to typowy odczyn autotuberkulinowy. Przy leczeniu tocznia uwydatniają się ad oculos te zmiany, jakie powstawać muszą pod wpływem Phosphacidu w ogniskach chorobowych głębiej położonych.

Wpływ Phosphacidu uwydatnia się przedewszystkiem i jakby wybiórczo w tkance nerwowej. Jak wiadomo komórki nerwowe posiadają duże jądro, a więc i większy zasób nukleoproteidów. Dla swych życiowych wymian potrzebują one z tej przyczyny więcej fosforu i wapnia, niż inne komórk: o małych jądrach np.

Tem się tłomaczy, że u zdrowych osobników Phosphacid potęguje sprawność tak centralnego, jak i wegetatywnego systemu nerwowego. U chorych zaś, w miarę powtarzania wstrzyknięć osiąga się stan dobrego samopoczucia. Ten czynnik natury psychicznej, sprzyjając bardzo powstaniu u chorego wiary we własne siły żywotne, ma ogromne znaczenie, szczególnie przy leczeniu gruźlicy płuc. Już *Walter* powiedział, że nadzieja wyzdrowienia równa się wyzdrowieniu, a u gruźlika trzeba tę nadzieję usilnie podtrzymywać.

Najmniejsza jednak fluktuacja tych pierwiastków, t. j. fosforu i wapnia w ustroju, siłą rzeczy, musi się więcej odbijać na tkankach nerwowych, gdy zatem pod wpływem gruźlicy powstaje niedobór tych pierwiastków, wtedy zachodzą zmiany przeważnie w jądrach komórek nerwowych.

Z prac *Stefana Sterlinga Okuniewskiego* i *Seweryna Sterlinga*, widzimy, jakie ogromne znaczenie posiada układ wegetatywny dla ustroju, kierując jego przemianą materji. On to ulega również ujemnemu wpływowi toksyn gruźliczych, co odbija się na ogólnym stanie ustroju wobec zakażenia.

Pod wpływem zaś Phosphacidu cały układ nerwowy, a więc i wegetatywny, odzyskuje swoją utraconą fizjologiczną sprawność, niwecząc trujące wpływy toksyn gruźliczych i wzmacniając biologiczną siłę ustroju.

Doświadczenie klinicystów amerykańskich wykazało, że układ wegetatywny wywiera szczególny wpływ na powstawanie i rozrost tkanki włóknistej (*Stefan Sterling Okuniewski*: Gruźlica) Phosphacid zaś dodatnio wpływając na ten układ, umożliwia silniejszy rozrost włóknistej tkanki, tak bardzo pożądanej w zakażeniach gruźliczych. Już choćby ta jedna właściwość czyni Phosphacid preparatem godnym uwagi w walce z gruźlicą.

Szybki rozrost tkanki łącznej pod wpływem Phosphacidu znacznie przyśpiesza zabliźnienie się jam płucnych i ognisk gruźliczych. Tak np. po leczeniu Phosphacidem powierzchowne gruczoły limfatyczne przerastają wyraźnie tkanką łączną włóknistą. Chcąc je usunąć dla celów kosmetycznych (gruczoły szyji) trzeba dokonać już dość zawiłego zabiegu, podczas gdy przed tem leczeniem można było u tych samych chorych z łatwością je wyłuszczyć. (*Diedoff: A propos du traitement des lesions tuberculeuses chirurgicales; Lymphadenites et tuberculose osseuse, Geneve*).

Gdy po wyleczeniu Phosphacidem gruźliczych zapaleń stawu biodrowego przystępujemy do operacji ortopedycznych (zmiana ustawienia i t. p.) wówczas stwierdzamy zawsze znaczny rozrost tkanki łącznej w miejscu dawniejszych ognisk gruźliczych. Nieudane wstrzyknięcie Phosphacidu w miąższ skóry (a nie pod skórę) wywołuje guz (rozrost tkanki łącznej) w tem miejscu.

Po pewnym nasyceniu ustroju chorych gruźlicznych Phosphacidem, analiza plwociny wykazuje mniejszą lub większą ilość kryształków kwasu moczowego i jednocześnie rozpad ciał prątków gruźliczych. Taka remineralizacja ustroju zwalnia i osłabia rozwój zmian gruźliczych. Niektórzy klinicyści uważają kwas moczowy jako specyficzne antidotum gruźlicy. Mniemanie to potwierdza poniekąd rzadkość występowania gruźlicy u zdecydowanych artretyków, oraz łagodny, przewlekły jej przebieg, gdy chory na gruźlicę płuc wykazuje zmiany t. zw. artretyczne.

W normalnych warunkach życiowych kwas moczowy, jak wiemy z prac prof. *Minkowskiego*, powstaje stopniowo jako końcowy produkt utlenienia ciał purynowych (adeniny, guaniny, hypoksantyny i ksantyny), wchodzących w skład nukleoproteidów, zawartych w jądrach komórek.

Pod wpływem Phosphacidu proces ten postępuje szybciej. Kryształki kwasu moczowego w plwocinie dowodzą raz jeszcze, że Phosphacid wywiera przeważnie chemjobiologiczny wpływ na jądra komórek (Dr. *Romanowski*), czego następstwem jest uzdrowienie całej komórki. Zjawisko to zwykle występuje w końcu leczenia, kiedy pojawiają się wyraźne oznaki zdrowienia i w obrazie krwi i w zewnętrznym wyglądzie chorego. W przerwach między wstrzyknięciami, kryształki kwasu moczowego w plwocinie znikają, aby się znowu zjawić przy następnych wstrzykiwaniach.

Na trzecim zjeździe rosyjskich terapeutów w Moskwie w 1912 r. przewodniczący zjazdu prof. *Sirotinin* z Petersburga w swoim referacie o Phosphacidzie określił ten preparat w ten sposób:

„W mojej klinice Phosphacid S. P. Dra *Romanowskiego* był stosowany u 135 płucnych gruźlików. U ciężko chorych nie osiągnięto tym lekiem żadnych dodatnich wyników. U chorych, gdzie przebieg tego zakażenia miał średnie natężenie, gdzie gruźlicza infekcja niezbyt była zaawansowana, wpływ Phosphacidu był wielce dodatni. Szkoda, że niezbyt dużo było tego typu chorych, a dalszy ich los nie był obserwowany. U tych chorych ze strony płuc, obrazu krwi, niedokrewności, stwierdzić było można wyraźne i rzeczywiste polepszenie. U chorych na początkową gruźlicę płuc można było stwierdzić ad oculos znaczne i wybitne polepszenie, gra-

niczące ze stanem zupełnego wyzdrowienia. (Tuberkuloz 1912 r.)".

Od roku 1908, t. j. od powstania Phosphacidu, obserwowałem działanie tego leku w różnych postaciach i okresach gruźlicy płuc. Spostrzeżenia moje dotyczyły przeważnie chorych z prywatnej praktyki i były przeprowadzane przez dłuższy przeciąg czasu, przez kilka, a nawet w niektórych przez kilkanaście lat. Wnioski wysnułem następujące: Nie nadają się do leczenia Phosphacidem ciężkie rozpadowe stany gruźlicy płuc, kiedy to już na żadne rezerwy sił życiowych liczyć nie należy. A więc postacie z jamami, z długotrwającą i wysoką ciepłotą, z zakażeniem, powikłanem innemi drobnoustrojami, z komplikacjami ze strony przewodu pokarmowego. W takich bowiem przypadkach reakcja wywołana przez Phosphacid przy zastosowaniu nawet najmniejszych dawek tego leku — pogarsza ogólny stan i przyśpiesza zgon.

Najbardziej nadają się do leczenia Phosphacidem postacie gruźlicy płuc, o charakterze włóknistym, z przebiegiem przewlekłym, łagodnym, szczególnie zaś postacie wykazujące skłonność do bliznowacenia, czyli według klasyfikacji *Sterlinga:* phthisis pulmonum declarata-fibrocaseosa-precipue fibrosa chron. progrediens. Do tej kategorji, jak zresztą wyżej było już wspomniane, należy pneumonia chronica, peribronchitis i adenopathia glandularum, hiloperibronchitis i t. p.

Wpływ leczniczy Phosphacidu badałem na materjale przeważnie ambulatoryjnym, w codziennych warunkach, przy pracy nawet. Pacjentów tych obserwowałem przez szereg lat. Bardzo nikły procent potrzebował powtórnego leczenia tym środkiem. Przeważnie zaś większość odzyskiwała zupełną równowagę fizyczną, zapominała o grożącym im przed Phosphacidową kuracją niebezpieczeństwie. I chociaż należy mieć wielce oględny sąd, co do przyczyn, powodujących tak zwane wyleczenie chronicznej o łagodnym charakterze gruźlicy płuc, albowiem, jak wiemy, może ono nastąpić i bez jakiejkolwiek interwencji z naszej strony, — jednak doświadczenie i tyloletnia obserwacja utwierdziły mnie w przekonaniu, że Phosphacid może stać się tym niezbędnym rzecznikiem, który daje w pewnych okresach gruźliczego zakażenia „pewne i stałe wyleczenia". Leczniczy bowiem wpływ Phosphacidu w ustroju gruźliczym wytwarza w nim tylko te zmiany i chemjobiologiczne procesy, jakie powstają w ustroju przy samowyleczaniu się. Zaś samowyleczenie się, jak wiadomo, jest uzdrowieniem najtrwalszem. W okresie zaś przedgruźliczym (stadium pretuberculose), cechującym się utajonemi objawami gruźlicy początkowej, które wykrywa próbna dawka Phosphacidu, zastosowanie tego preparatu zmienia w krótkim czasie chemjobiologję chorej komórki. I ta chemjobiologiczna naprawa całego ustroju utrwala się na stałe. Młody wiek przecież przeważnie jest narażony na to wkradanie się gruźliczego zakażenia (symbioza prątka gruźliczego) Dlatego też stosując odpowiedni czas Phosphacid w tym wieku, t. j. w okresie początkowej utajonej gruźlicy, przywracamy odrazu chemjobiologiczną budowę młodej komórki, stwarzając przez to na całe życie odpowiednią chemiczną strukturę ustroju, która uodparnia go od zakażenia gruźliczego.

Leczniczy wpływ Phosphacidu w młodym wieku może mieć wielkie znaczenie w społecznej walce z gruźlicą.

Niżej przytaczam w streszczeniu kilka historji chorób gruźlicy płuc o różnych nasileniach, leczonych wyłącznie Phosphacidem. Notatki te pochodzą z czasów przedwojennych.

Metoda leczenia Phosphacidem polega na stopniowem powiększaniu wstrzykiwanych dawek tego leku. Rozpoczynać leczenie w płucnej gruźlicy należy ostrożnie od małych dawek Phosphacidu. Niepożądane jest bowiem wywoływanie silniejszych odczynów.

**Przypadek I.** A. B. urzędnik lat 24. Chory „wyraźnie" od roku gorączkuje 38 — 38,5, nocne poty, kaszle, dużo plwociny. Skarży się na ogólny ból w piersiach. Rozpoznano: TBC apic dextr. et sin. peribronch. et adenitis hili precipue dextra. W plwocinie prątki *Kocha* od 4 — 10 w każdem polu widzenia. Prócz tego można było obserwować konglomeraty po 30 — 35 sztuk, lecz nie w każdem polu widzenia. Białka w moczu niema. Waga ciała 54 — 8 klg. przy średnim wzroście. Hemoglobiny 60% — Czerwonych ciałek krwi 3,690,000, białych 11.800. Leukocyt. formula podług *Roman* — *Krebego* 3,5 (norma 2,3). Dnia 26.II.1911 r. rozpoczęto kurację Phosphacidem. Wobec ogólnego bardzo złego stanu chorego zastosowano jedną z mniejszych dawek Phosphacidu mianowicie: 0,04. Wyraźnego autotuberkulinowego odczynu po tej dawce nie było. Następne dawki 0,06—0,08—0,1 stosowane w ustalonych odstępach czasu nie wywoływały widocznych reakcji. Przeciwnie przy ich stosowaniu ciepłota zaczęła spadać, stan ogólny lepszy, kaszel mniejszy, łatwiej odpluwa, apetyt niezły. Badanie krwi wykazało: erytrocytów 3.800,000 — białych 9,000 — Hemoglob. 70%. Waga 55,4 klg. Prąt-

ków gruźliczych po 3 — 8 w polu widzenia. Ogólne polepszenie. Wobec tego następne powiększanie dawek mogło być nieco energiczniejsze po 0,04. Dalszy przebieg uzasadnił możność takiego zwiększania dawek (choć nie zawsze tak bywa). Dalsze dawki 0,24—0,28—32. Po tej ostatniej badanie krwi wykazało erytrocytów 4.200,000, białych 10,200, prątków *Kocha* 1 — 4 w polu widzenia. Leukocyt. form. Rom. Krebe. 2,8. Odczynów ujemnych nie było aż do zastosowania ostatniej dawki. Po niej ciepłota nieco się podniosła 38,2 na parę godzin, a następnie znowu opadła do podgorączkowego stanu 37,2 — 4. Następne wstrzykiwanie było: 0.36 — 0,4 — 0,44 — 0,48 — 0,52. Po ostatniej dawce badanie krwi wykazało. Hemoglobiny 90%, czerwonych ciałek krwi 4,800,000. białych 9,200. Prątków *Kocha* w kilku polach widzenia znaleziono jeden. Ciepłota po wstrzyknięcin dochodzi do 37,4. Kaszel więcej śluzowy. Samopoczucie bardzo dobre. Dalszy ciąg leczenia trwał przy powiększonych dawkach wciąż o 0,04 — 0,56 — 0,6 — 0,64 — 0,68— 0,72 — 0,8. Przy tej dawce na drugi dzień w plwocinie znalezione były kryształki kwasu moczowego, które często się pojawiają u niektórych chorych. Taka ujawniona remineralizacya leczonego ustroju jest zwiastunem korzystnym. Dawkę 0,8 wstrzyknięto trzy razy nie podwyższając jej w odstępach tygodniowych aby wzmocnić, że się tak wyrażę, osiągnięty wynik. Kryształki znikają z plwociny na trzeci—czwarty dzień po wstrzyknięciu.

Przebieg leczenia w tym przypadku przeszedł gładko bez powikłań, co pozwalało nie przerywać powiększania dawek.

Leczenie trwało 8 miesięcy. Spostrzegałem chorego w przeciągu pięciu lat. Pomimo uciążliwej, niehigjenicznej pracy, stan zdrowia utrzymywał się bez zmiany.

**Przypadek II.** A. Z. obywatel 42 lat. Uskarża się na ból w piersiach przy silnym kaszlu, który się wzmógł znacznie w ostatnich czasach, — na bicie serca przy nieznacznych ruchach, na pocenie się w nocy. Czuł się niezdrów od szeregu lat. Leczył się za granicą w górskich sanatorjach i nad brzegiem morza. Szczególnie stan jego zdrowia pogorszył się, gdy psującym się przednim zębem zranił koniec języka. Ranka ta, trwająca parę lat, nie poddawała się żadnej zewnętrznej kuracji; przeciwnie wciąż się powiększała i coraz silniej dolegała. Przed czterema laty przeziębił się — zjawiły się bóle w stawach i kościach, szczególnie w lewej nodze. Od tego czasu powstała przetoka niżej lewego kolana, nieco spuchniętego i bolącego przy chodzeniu. Przetoka ta nie goiła się pomimo różnych zabiegów: kompresów, maści, naświetlań górskim słońcem. Kilka razy wykonano badanie surowicy krwi na odczyn *Wassermana*, zawsze jednak z wynikiem ujemnym, albowiem nigdy na kilę nie chorował. Rozpoznano: Phthisis pulmonum declarata fibrocaseosa, — bronchopneumonia progrediens chronica, ulcus linguae tuberculosum et t. b. c. genu sinistri cum fistula. Miałem wrażenie, że proces gruźliczy w danym przypadku jest typu włóknistego ze skłonnością do bliznowacenia, a przeto nadaje się do leczenia Phosphacidem. Potwierdziło się to po przeszło rocznem leczeniu wyłącznie tylko tym preparatem.

Dnia 6 III 1912 r. ciepłota 37,5 rano i 38.5 wieczorem. Mierzono przez trzy dni przed rozpoczęciem leczenia. Prątków Kocha od 8 do 20, lecz na kilku tylko polach widzenia. Białko w moczu wyraźne. Waga ciała 55,8 kil. (wzrost wysoki). Czerw. ciałek krwi 2800,000. białych 16,000, hemoglobiny 56%. Formuła leukocytarna Roman Krob. 3,4 (norma 2,3). Odczyn Pirqueta wyraźnie dodatni.

Podczas leczenia Phosphacidem, ranka na języku i przetoka odczynem po wstrzyknięciach t.j. przekrwieniem silniejszem lub słabszem wykazują na odpowiednią wielkość zastosowanej dawki.

Wobec tego, że stan gruźliczego zakażenia w danym przypadku jest powikłany płucną i chirurgiczną gruźlicą, rozpocząć należało leczenie Phosphacidem od najmniejszej dawki 0,01, jaka używana jest wogóle przy leczeniu tym środkiem.

Pierwsze wstrzyknięcie nie spowodowało zmian, ani w wyglądzie ranki, ani w obfitości wydzielin z przetoki, ani też w ciepłocie. Po czterech dniach drugie wstrzyknięcie 0,02 także przeszło bez widocznych odczynów. Następne wstrzykiwanie powiększone były za każdym razem o całą początkującą dawkę t.j. 0,01 zbyt już małą, aby ją przepoławiać, a także z tej racji, że nie wywołała żadnych niepożądanych skutków.

Szereg następnych wstrzyknięć do dawki 0,08 wywołał minimalne odczyny w wyglądzie ranki, przetoki i ciepłoty, która nieznacznie obniżała się. Dawka zaś 0,08 wywołała znaczniejsze przekrwienie w rance językowej i obfitsze wydzieliny z przetoki, a także nieznaczny skok ciepłoty wzwyż do 38 z rana i 39,2 wieczorem. Tę dawkę z powyższych względów nie zmniejszono, lecz stosowano kilka razy.

Gdy wygląd ranki przybrał postać nieznacznego zaczerwienienia z jednoczesnem obniżeniem się ciepłoty, kaszlu i wydzielin z przetoki, szereg następnych wstrzyknięć aż do dawki 0,15 przeszedł z widocznym polepszeniem ogólnego stanu. Ranka zlekka zaróżowiła się, dno jej oczyściło się, widoczne było ziarninowanie z brzegów, mniej bolała, kaszel złagodniał, wydzieliny z przetoki przybrały wygląd więcej surowiczy niż ropny. Stan ogólny znacznie się polepszył. Waga przybyła 56,5. — Białka w moczu ślady, prątków gruźliczych po 2,5, nie w każdym polu widzenia. Hemoglobiny 70% — czerwonych ciałek krwi 3,900.000 — białych 13,000. Taki stan polepszenia podmiotowego i przedmiotowego pozwala zawsze nieco śmielej zwiększać dawki, aby prędzej osiągnąć wyleczenie. Każde wstrzyknięcie powiększono o 0,04. Wstrzykiwania te powtarzane w odpowiednich odstępach czasu w dawkach 0,19 — 0,23 — 0.27 — 0,31 doprowadziły stan chorego do znacznego polepszenia. Ranka zmniejszyła się do połowy. Kolano znacznie stęchło, przetoka nie znacznie sączyła. Wskazywało to, że leczenie Phosphacidem prowadzi się odpowiednią wielkością dawek. Jak już wyżej zanotowano, taki stan ogólny pozwala zwiększonemi dawkami iść na pomoc chemji życiowej ustroju. To też następnie wstrzykiwanie powiększano o 0,08. Dawka 0,39 wywołała większy odczyn, lecz bez zbyt wysokiej ciepłoty (najwyższa 38,3) i wyraźnych zmian w schorzałych miejscach. Następne wstrzykiwania 0,46 — 0.54 — 0,62 powtarzane były z tej przyczyny po dwa razy. Ciepłota przeszła w stan podgorączkowy, kaszel prawie ustał, w płucach nastąpiła znaczna poprawa, prątków nie odnajdywano. Ranka zmniejszyła się jeszcze do połowy, a przetoka prawie się zagoiła.

Wobec tego polepszenia w płucach i prawie przejścia ich w stan normalny, o ile osłuchowo i opukowo można to było stwierdzić, zdecydowano się na powiększenie każdego wstrzyknięcia o 0,1. Doświadczenie wykazało, że Phosphacid w czysto chirurgicznej gruźlicy niepowikłanej płucną, w dawkach dziesięć razy większych niż te, które stosuje się w gruźlicy płuc, nie wywołuje odczynu. W danym przypadku płuca doprowadzono stopniowemi niewielkiemi dawkami Phosphacidu do normalnego stanu, pozostała więc tylko chirurgiczna gruźlica. Dawki 0,8 — 0,9 — 1,0 — 1,1

1,2 a następnie stopniowe zwiększane do 2,5 raz na dziesięć dni, nie dawały żadnych wstrząsów. W ten sposób potwierdziło się przypuszczenie, że płuca zostały wyleczone.

Przy dawce 0,5 ranka na języku ostatecznie się zabliźniła. Wrażliwość przy jedzeniu jeszcze niepokoiła chorego przez pewien czas. Trzy czy cztery razy dawkę tę powtarzano zanim blizna na języku nie ściągnęła się znacznie, przybierając kształty wciągniętego lejka. Kolano i przetoki zagoiły się wcześniej. Chory ten odwiedzał mnie kilka lat bez potrzeby powtarzania leczenia Phosphacidem.

**Przypadek III.** M. B. 36 lat. Nauczycielka. Zachorowała właściwie przed pięciu laty, chociaż i przedtem nie czuła się zdrową. Nawiedzało ją od czasu do czasu silne osłabienie z napadem suchego spazmatycznego kaszlu i gorączka. Przed rokiem dostała krwotoku płucnego i przeleżała w domu dwa miesiące wciąż gorączkując. Obecnie skarży się na bóle w klatce piersiowej, kaszel, chrypkę i zupełny brak sił Pracować nie może.

Dnia 19.IX.1013 r. rozpoczęto leczenie Phosphacidem. Ciepłota wieczorem do 38,3. Prątki *Kocha* po kilka w polu widzenia. Białka w moczu niema. Waga 38,5 kilo, wzrost średni. Badanie krwi: Hemoglobiny 58%, czerwonych ciałek krwi 3,800,000, białych 10,000. Formuła leukocytarna 3,1. Osłuchowo i opukowo stwierdzono w płucach zmiany, pozwalające na stwierdzenie phthisis declarata fibroso-caseosa subacuta.

Wobec całokształtu zmian w płucach niezbyt jeszcze posuniętych, pierwsza dawka Phosphacidu wyniosła 0,1. Odczyn nie był silny. Ciepłota do 38, na trzeci dzień spadła. Wobec tego drugie wstrzyknięcie było tej samej wielkości 0,1. Odczynu już nie było. Następne wstrzykiwania powiększane były o połowę pierwszej dawki Dawki 0,10 — 0,2 — 0,25 — 0,3 dały polepszenie. Waga przybyła 39,8 kilo. Samopoczucie lepsze, plwocina staje się śluzową, prątków mniej. Hemoglobiny 70%, czerwonych ciał. krwi 4,000,000. białych 8,000. Ten obraz ogólny pozwala zwiększać ilość Phosphacidu przy następnych wstrzykiwaniach. Następne jednak wstrzyknięcie 0,4 okazało się zbyt śmiałem i wywołało silny odczyn. Ciepłota przez dwie doby wyżej 39. Kaszel silny, plwocina przybrała kolor malinowy (oznaka możliwego krwotoku przy zastosowaniu powtórnym tej samej dawki). W takich razach należy przerwać leczenie Phosphacidem aż do chwili ustąpienia wszelkich objawów odczynu. W tym przypadku przeszło dwanaście dni zanim ciepłota, stan w płucach i wygląd plwociny wrócił do stanu, jaki był przed wstrzyknięciem dawki 0.4. W podobnych sytuacjach dla kontynuowania leczenia Phosphacidem stosować należy dawki o połowę mniejsze niż ta, jaka wywołała odczyn. W danym przypadku od 0,2.

Dla skutecznego leczenia Phosphacidem gruźlicy płuc należy w tych przypadkach zwolna powiększać dawki ilościami zbliżonemi do wielkości połowy pierwszej zastosowanej dawki. Stosując się do tej zasady, następne zwiększone dawki wynosiły 0,25 — 0,3 — 0,35 — 0,4 — 0,45 — 0,5 i te już nie wywoływały ujemnych odczynów. Chora uważała siebie za zdrową, wyjechała na służbę. W pół roku wróciła w stanie gorszym niż w chwili ukończenia leczenia. Ciepłota wieczorem przeszło 38, powrócił kaszel spazmatyczny, znaczny upadek sił. Dużo straciła na wadze; waży 37,1 kilo (wyjeżdżając 39,8). Wobec tego, że chorej już poprzednio stosowano Phosphacid, przy powtórzeniu kuracji tym lekiem można było już śmielej stosować początkowe dawki. W danym przypadku rozpoczęto leczenie od 0,3. Wywołała ona nieznaczny odczyn, ale powtórzona kilka razy stworzyła w końcu znaczne polepszenie. Wstrzykiwanie powiększano o 0,05 i przy dawce 1,5 zniknęły wszelkie objawy chorobowe. Dawkę tę powtarzano kilka razy raz na tydzień. Chorą tę widuję obecnie w Warszawie. Pomimo ciężkiej pracy i niedostatecznego odżywiania się gruźlica nie odnawia się.

**Przypadek IV.** C. D. lat 21 ślusarz. Uskarżał się na ogólne osłabienie. Praca wydaje się mu nad siły — bóle pod łopatkami — kaszlu niema, ale raczej odchrząkiwanie, brak plwociny. Odczyn *Wassermana* ujemny — *Pirque'a* bardzo niewyraźny. Ciepłota normalna. Dłuższy czas mierzona zrzadka wieczorem dochodziła do 37,2. Opukiwanie i osłuchiwanie płuc zmian chorobowych nie wykazuje. Wyraźna niedokrewność. Dnia 18.IV.1913 r. zastosowano zrana próbną dawkę Phosphacidu w ilości 1,5. Wieczorem tego dnia ciepłota 37,8 — na drugi dzień dochodziła do 38,2, w trzecim dniu wróciła do normy. Po tygodniu przerwy rozpoczęto leczenie Phosphacidem. Chory leczył się ambulatoryjnie. Wobec tego że musiał pracować leczenie tym środkiem powinno było być niezbyt forsowne, aby jaknajmniejsze wywoływać odczyny, które wytwarzają jak wiadomo jeszcze większe osłabienia sił fizycznych i duchowych. Pierwsza dawka 0,02 — Odczynu ujemnego naturalnie nie było. Następne wstrzykiwania, stopniowo powiększane, jak zwykle w gruźlicy płuc o połowę pierwszej dawki: 0,03 — 0,04 — 0,05 — 0,3 nie wywoływały podwyższonej ciepłoty. Przy tej zaś dawce ostatniej ciepłota podniosła się na drugi dzień do 37.4. (Niezbędnem jest aby cały czas leczenia chorzy ambulatoryjni starannie mierzyli ciepłotę trzy razy na dobę). Ostatnią dawkę stosowano kilka razy aż do niereagowania ciepłoty. Następne wstrzykiwania stopniowo, minimalnie podnoszone, doszły do dawki 0.6, przy której można było wyraźnie stwierdzić znaczną poprawę. Samopoczucie, siły, apetyt, sen powróciły do normy. Zwykle chorzy ambulatoryjni w tym stopniu rozwoju gruźlicy, po zakończonem leczeniu proszą o stosowanie Phosphacidu w dalszym ciągu. Odczuwają bowiem podmiotowo znaczny przypływ sił i energji życiowej. Wstrzykiwanie u ambulatoryjnych chorych stosuje się dwa razy na tydzień. Dawka wywołująca choćby nieznaczne podwyższenie ciepłoty, powtarza się kilka razy aż do zupełnego niereagowania.

Wobec tego, że ambulatoryjni chorzy nie wykazują zbyt daleko posuniętego cierpienia, przeto wyżej wskazany system leczenia Phosphacidem najwięcej odpowiada celowi. Oczywiście w poszczególnych przypadkach, opierając się na doświadczeniu, stosować można dalsze leczenie w razie potrzeby.

Sięgając myślą wstecz do przebiegu leczniczych wpływów, jakie wykazuje Phosphacid w gruźliczym ustroju, należy określić go jako preparat streszczający w sobie wszystkie sposoby, stosowane obecnie przy leczeniu gruźlicy.

Jako środek odżywiający par excelence pierwoszcz komórki odpowiada systemowi sanatoryjnemu, tylko w daleko prostszy, tańszy i pewniejszy sposób — zbliżony bardzo do samowyleczania się od tego zakażenia, czyli do najtrwalszego uzdrowienia.

Jako system leczenia tuberkulinami — wykonywa to samo w sposób odpowiedniejszy. Uodparnia bowiem organizm od jego własnych prątków gruźliczych, a nie obcych.

Mineralizując organiżm fosforem i wapniem i produktami powstałemi pod ich wpływem w organiźmie (kryształki kwasu moczowego) uniemożliwia rozwijanie się gruźliczego zakażenia, zgodnie z zapatrywaniem szkoły francuskiej *Ferrier'a Labbe'a, Lemate'a, Robin'a i Binet'a*, która twierdzi, że trzeba wpierw stać się demineralizowanym, aby módz pozostać gruźlikiem.

**Phosphacid a gruźlica chirurgiczna.**

Phosphacid daje przedewszystkiem dodatnie wyniki w leczeniu gruźlicy chirurgicznej.

Zastosowany w gruźlicy chirurgicznej niepowikłanej gruźlicą płuc, preparat ten nie wywołuje autotuberkulinowego odczynu. Fakt ten pozwala na stosowanie znacznie większych dawek, aniżeli to było możliwe w gruźlicy płuc. I tu skutek leczniczego działania tego preparatu okazuje się szybko i wyraźnie.

Tak więc w umiejscowionej, chirurgicznej zamkniętej gruźlicy, kiedy ciepłota waha się około 37,5—37,8, rozpoczynamy leczenie od znacznie większych dawek, niż to ma miejsce w gruźlicy płuc — 0,2 — 0,5 — 1,0, stosownie do wieku i konstytucji chorego. Powiększa się je w tych samych odstępach czasu, co i w gruźlicy płuc, przy każdem nowem wstrzyknięciu o 0,15 — 0,25 — 0,5 czyli o połowę zapoczątkowanej dawki. Dawek nie powiększa się, gdy następuje przygasanie sprawy i tę samą ilość Phosphacidu powtarza się do ostatecznego wyzdrowienia. Ten stan osiąga się po kilku miesiącach, zależnie od chemji życiowej chorego i siły zakażenia. Końcowe dawki, przy których następuje wyzdrowienie w ustrojach możliwych do wyleczenia są 1,0 — 1,5 — 2,0 — 4,0. Dawki 1,5 — 2,0 stosuje się częściej niż raz na tydzień. Dzieci do lat 14 leczy się dawkami od 0,3—0,5 — 1,0.

Rzecz naturalna, że jeżeli sprawa chorobowa jest zbyt głęboka i ulega uogólnieniu, nie można liczyć na dobre skutki leczenia Phosphacidem.

Wszelkie gruźlicze schorzenia stawów lub kręgów nadają się do skutecznego leczenia Phosphacidem. Preparat ten daje dodatnie wyniki w tych nawet przypadkach, gdzie zawodzą wszelkie inne zabiegi. (Patrz autora: *Medycyna praktyczna Nr. 9 1928 „Nieorganiczny fosfor a gruźlica)*".

W leczeniu Phosphacidem gruźlicy chirurgicznej w razie istnienia ropy należy przed rozpoczęciem kuracji usunąć ją, lub ułatwić odpływ. W przypadkach bowiem, gdzie ropa się już wytwarza, każde wstrzyknięcie Phosphacidu, w początkach szczególnie, wzmaga jej wydzielanie się; przy trudnem zaś odpływie zdarzyć się mogą niepożądane powikłania.

O ile przy prawidłowem leczeniu gruźlicy chirurgicznej powstanie niespodziewanie silny odczyn ogólny autotuberkulinowy przy ciepłocie ponad 39,5 i innemi właściwemi mu objawami, wówczas należy się liczyć z czynnem powikłaniem płucnem. W takim przypadku rozpoczynamy leczenie stosowane w gruźlicy płucnej t. i. od małych dawek 0,01 — 0,05 i t. d.

W gruźlicy chirurgicznej Phosphacid daje możność wyleczenia tych, dla których dostęp do sanatorjów jest niemożliwy.

Dr. *Kalina* na posiedzeniu naukowem Związku Przeciwgruźliczego w dniu 17 marca 19-6 r. demonstrując żołnierzy z gruźlicą chirurgiczną oświadczył: „Jeden z tych chorych był leczony różnemi metodami w ciągu trzech lat bez wyraźnego wyniku, szczególnie liczne przetoki w okolicy stawu łokciowego nie poddawały się żadnemu leczeniu. Tymczasem po 30-tu wstrzyknięciach Phosphacidu przetoki zagoiły się i do dnia dzisiejszego, chociaż upłynął bez mała rok, nie wykazują tendencji do odnawiania się. Ruchy w stawie łokciowym są tylko nieznacznie ograniczone. Röntgenogram wykazuje pewne zniekształcenie kości, ale brak jest odwapnienia. Zarówno demonstrowany chory, jako też inni leczeni Phosphacidem, wykazali poprawę i stanowią zachętę do dalszych prób, które dostarczą większego już materjału statystycznego." *(Sprawozdanie Sekcji San. T. W. W. Lekarz Wojskowy Nr. Nr. 1, 1929 r.)*.

Na szczególną uwagę zasługuje mój przypadek z przedwojennych czasów. Do szpitala przywieziono chłopca 17 letniego w stanie groźnym. Ciepłota wysoka od dłuższego czasu, w chwili przybycia ponad 40. Prawe kolano monstrualnych rozmiarów. Bardzo opuchnięte jak i cała noga do stopy, bardzo bolesne. Trzy przetoki poniżej kolana; stałe rozwolnienia. Wyniszczenie do ostatnich granic. Rodzice nie zgodzili się na odjęcie nogi. Ułatwiwszy odpływ cuchnącej ropy, stwierdziłem martwicę kości goleniowej. Przy jej usunięciu obnażył się cały staw kolanowy. Odpowiednie aseptyczne zabiegi, opatrunki i jako „utaliquid" wstrzykiwanie Phosphacidu począwszy 0.001 co drugi dzień. Chory otrzymał 119 wstrzykiwań stopniowo powiększanych. Doszedł do dawki 2,5 raz na tydzień i przy tej dawce powtórzonej 16 razy wszystko się zagoiło.

Jako godny uwagi przykład leczniczego wpływu Phosphacidu na chirurgiczną gruźlicę, niezależnie od tego, gdzieby się usadowiły prątki, przytaczam tu

w krótkości historję choroby gruźlicy nerek u kobiety, którą obserwowałem na Podolu (Berszada).

Chora lat 32. W roku 1910 w Kijowie usunięto jej lewę nerkę, z powodu gruźlicy z jamami pełnemi ropy i obecnością prątków Kocha. W pięć lat później wyszła zamąż. Po roku pożycia małżeńskiego pojawiły się „takie same bóle jak przed operacją“. Badanie w Kijowie wykazało prątki Kocha w moczu z pozostawionej nerki. Temperatura do 3?,?. Płuca zdrowe. Wyniszczenie wielkie. Zastosowano Phosphacid od dawki 0,01. Leżenie w łóżku, odżywianie słodką śmietanką. Wstrzykiwań zastosowano 68, stopniowo je powiększając z zachowaniem odpowiednich przerw między niemi i wszelkich wskazanych ostrożności, których ten lek wymaga. Przy dawce 1,6 powtórzonej 11 razy chora zupełnie wyzdrowiała. Dowody na to: w pół roku po wyzdrowieniu zaszła w ciążę. Przez cały ten czas czuła się bardzo dobrze, niebacząc na ciężką fizyczną pracę pod przymusem teroru bolszewickiego (prała, nosiła wodę, pracowała w ogrodzie). Białka ani cukru w moczu nie było. Rozwiązanie trwało dwie doby. Po kilku dniach wystąpiła gorączka. Trwała 8 dni (wstrzykiwanie mleka, Electrargolu). W moczu wtedy były ślady białka. Ilość dobowa wahała się $^1/_2$ — $^3/_4$ litra. W rok po wyzdrowieniu wracając do kraju w Baranowiczach chorowała na dur plamisty przez trzy tygodnie. Obecnie upłynęło lat 8 od tych przeżyć — jest zupełnie zdrową.

Przypadek z praktyki Dr. *Diedoff* z jego pracy „*Lesions tuberculeuses chirurgicales*“.

Chodzi o ośmioletniego chłopca. Głuchoniemy bez apetytu, ważący tylko 15 kg. Wygląd ma nędzny, blady, wyczerpany, z garbem gruźliczego pochodzenia. Chodzi bardzo ostrożnie opierając ręce na biodrach by podtrzymać swój słaby tułów. Skarży się na bardzo dotkliwe bóle (z powodu choroby Potta). Prócz tego ma po prawej stronie klatki piersiowej o 2 i pół palca pod dolną częścią łopatki, miękki guz wypełniony cieczą, wielkości kaczego jaja (prawdopodobnie gruźlica żeber). Narządy wewnętrzne bez wyraźnych zmian. Objawy chorobowe rozwinęły się stopniowo, po długotrwałej i poważnej gorączce, począwszy od roku 1909. Z początku mało widoczny garb powiększył się znacznie, a już w maju 1911 roku ukazał się guz wyżej wspomniany. Robiono nakłucia, następnie wstrzykiwanie oliwy jodoformowej, ale bez trwałego rezultatu. Dlatego też w lipcu tego samego roku, autor zdecydował otworzyć guz. Jama tego zimnego ropnia była wyczyszczona jałową gazą wysmarowaną jodyną i wypełnioną emuls,ą Dr. Calot'a. Dalsze leczenie polegało na opatrunkach i wstrzykiwaniu emulsji. Ogólny stan chłopca, pomimo tych zabiegów wcale się nie zmienił. Zaproponowano wtedy rodzicom by sprobować leczenie Phosphacidem,

19 lipca 1911 roku rozpoczęto stosowanie wstrzykiwań śródmięśniowo od dawki 0'10 — powiększając ją za każdym razem o 0,10 aż do 0,50 z przerwami wyżej wymienionemi. Po 29 wstrzyknięciach otwór ropnia był prawie zagojony. Chłopiec ważył 20 kg. Jadł z apetytem, policzki zaróżowiły się. Teraz jest żywy, wesół i pełen animusu.

Przykład ten przedstawia nam zupełny tryumf Phosphacidu.

Panuje pogląd, że chorzy na chirurgiczną gruźlicę należą do typu odpornych na to zakażenie. Ich chemja życiowa neutralizuje do pewnego stopnia jad gruźliczy i z tej przyczyny chirurgiczna gruźlica nadaje się do wyleczenia czemkolwiekbądź. Chorzy zaś na płucną gruźlicę nie są odporni. Organizm ich nie wytwarza dostatecznie niweczników jadu i dlatego płucna gruźlica trudna jest do wyleczenia.

Założenie to wcale nie zmniejsza leczniczego znaczenia Phosphacidu, a nawet poniekąd tłomaczy jego działanie. W chirurgicznej gruźlicy, gdzie jad jest do pewnego stopnia zneutralizowany według tych poglądów, Phosphacid swemi składnikami, współdziałając ściśle z ustrojem doprowadza go do szybszego ozdrowienia, albowiem można tam stosować lek ten w dużych dawkach, w gruźlicy płuc, gdzie niweczników tych brak, lub bardzo mało, trzeba małemi dawkami stopniowo je wytwarzać

W czasie leczenia Phosphacidem nie należy stosować preparatów arsenowych. Jak wiadomo bowiem niedotlenki arszenikowe są trujące dla ustroju. Powstaje więc obawa, by ewentualnie nie powstały one pod wpływem chemicznych zmian wywołanych Phosphacidem w ustroju.

Pozatem inne zabiegi lecznicze, sprzyjające terapeutycznym wpływom Phosphacidu, są pożądane, a nawet w pewnych okolicznościach niezbędne A więc wstrzykiwania *Białokura* (strychnina z żelazem), stosowane w przerwach Phosphacidowych, w niektórych postaciach gruźlicy (przewlekłej), dają dobre wyniki. W leczeniu gruźlicy Phosphacidem, należy zwrócić szczególną uwagę na czynności przewodu pokarmowego. Dowiedziono bowiem, że toksyny i endotoksyny gruźlicze, wydalane są z ustroju przedewszystkiem przez przewód pokarmowy; dbać więc należy o właściwy stan jego śluzówki.

Wskazane jest przeto podawanie od czasu do czasu węgla lub glinki sterylizowanej (Merka), gdyż preparaty te ochraniają śluzówki jelit (adsorbcja).

Przy przejściowych zaburzeniach trawiennych (rozwolnienia) stosowanie nalewki jodowej w dawce 10 — 20 kropel trzy razy dziennie w letniej herbacie (jodotanina in statu nascendi) hamuje te przypadłości. Również odpowiednim w ostatnich czasach okazał się Cryptargol Lumiera, który, jeżeli dalsze obserwacje potwierdzą otrzymane przez autora zachęcające wyniki, stanie się właściwym lekiem w takich przypadkach.

Prócz ogólnych wskazań, jak powietrze, dobre odżywianie, spokój fizyczny, moralny,

bardzo dodatni wpływ na leczony Phosphacidem ustrój wywiera należyta czynność wątroby. Jak wiadomo, ciała trujące ulegają w wątrobie zobojętnieniu i zatrzymaniu, poczem wraz z żółcią zostają wydalone. Czynność żółciotwórcza i wydzielnicza wątroby przy leczeniu Phosphacidem musi być spotęgowaną, że zaś jak wiadomo, Natrium sulfuricum jest najlepszym tonicum i cholagogum wątrobianym, przeto preparat ten winien być w małych dawkach okresowo zalecany. (Łyżeczka od kawy lub herbaty natrii sulfurici do pół szklanki wody naczczo przez całe tygodnie z takiemiż przerwami).

**Przeciwwskazania.**

Phosphacidu nie należy stosować:

1. W gruźlicy połączonej z silną biegunką.
2. W gruźlicy płucnej, jeżeli sprawa chorobowa zbyt daleko jest posunięta: wysoka gorączka, jamy gruźlicze, rozpad.
3. W gruźlicy chirurgicznej z obfitym ropieniem, któremu nie można dać dostatecznego odpływu.
4. W prosówce.
5. W włóknikowem zapaleniu płuc.
6. W ropowicy i posocznicy,
7. W daleko posuniętej skazie dnawej,
8. W histerji (Małe dawki są źle znoszone 0,1 — 0,3; większe 1,0 — 1,5 znacznie lepiej.
9. W padaczce (tak samo, jak w histerji).

**Phosphacid w świetle obecnie panujących teorji.**

Pogląd na powstawanie odczynów w gruźliczym ustroju, jak już wyżej wzmiankowano, zmienił się zasadniczo w ostatnich czasach. Zależny on jest podług tej teorji od wytwarzającej się pod wpływem gruźliczego jadu nadwrażliwości koloidów osocza krwi i tkanek. *Vidal* określił ten stan mianem „koloidoklazja". Na takim tle uczulenia koloidalnego, pod wpływem bodźców postronnych, czyli nieswoistych, powstaje w gruźliczym ustroju „koloidoklastyczny odczyn" (dawniej tuberkulinowy). Odgrywa tu jednakże rolę i układ wegetatywny.

Temi nieswoistemi bodźcami mogą być różne czynniki: mineralne, jak: fizjologiczne rozczyny, morska woda, gliceryna, sanocryzyna, Phosphacid, organiczne: tuberkuliny, mleko, jatreny i t. d. zastosowane parenteralnie. Wszystkie te i wiele innych, po wstrzyknięciu chorym na płucną gruźlicę wywołują ów „koloidoklastyczny odczyn".

Fakt ten jednak nie zmienia postaci rzeczy leczniczych wpływów Phosphacidu w zakażeniach gruźliczych jak i innych. Bo czy to jest koloidoklastyczny odczyn czy tuberkulinowa reakcja — jak sądził *Romanowski*, powstała po zastosowaniu Phosphacidu, są one dla ustroju jednakowo szkodliwe i wstrzykiwanie tego preparatu winno być odpowiednio dawkowane dla osiągnięcia leczniczych celów.

W gruźlicy płuc, wobec prątka Kocha i wytwarzanej przez niego „ koloidoklazji", zastosowanie Phosphacidu stwarza wyraźny „odczyn koloidoklastyczny" większy lub mniejszy, zależnie od wielkości dawki i siły zakażenia. Tak bywa zawsze u chorych na gruźlicę płuc. Ta sama jednak dawka Phosphacidu, albo i większa, zastosowana u chorych na chirurgiczną gruźlicę, żadnych odczynów koloidoklastycznych nie wywołuje.

Stąd powstaje przypuszczenie, że jad prątka chirurgicznej gruźlicy nie uczula w ten sam sposób, czy w tej samej mierze koloidów leczonego ustroju, czyli nie wytwarza w nim takiej samej „koloidoklazji", jaka powstaje pod wpływem prątka gruźliczego, lecz umiejscowionego w płucach.

Dalsze logiczne zestawienie tych zaobserwowanych faktów dałoby się określić: prątek płucnej gruźlicy, a prątek chirurgicznej (wprawdzie jeszcze nie wykryty) nie są identyczne.

Wprawdzie bakterjologja gruźlicy w obecnym stadjum swego rozwoju nie wypowiedziała jeszcze swego ostatniego słowa w tym względzie. *Karwacki*, pracując nad zagadnieniem jadu gruźliczego przez 30 lat, przyszedł do wniosku, że kwasoodporny prątek gruźlicy, wykryty przez Kocha, jest tylko jedną z postaci rozwojowych zarazka tego zakażenia, powstający w następstwie przystosowania się do ustroju w czasie długotrwałej symbiozy. Ten sma-

pogląd wypowiadają *Ferrau*, *Vaudramer* i inni.

Różnice, jakie powstają po zastosowaniu Phosphacidu w płucnej a chirurgicznej gruźlicy, pozwalają myśleć, że endotoksyny chirurgiczej gruźlicy mogą mieć inną morfologję, a co za tem idzie wywołują inne odczyny.

W innych sprawach zakaźnych, jakiemi są n.p. syfilityczne o właściwościach jadów niezbyt ostro i gwałtownie trujących pierwoszcz komórki, odczynów ogólnych nie spostrzegamy, pomimo iż Phosphacid stosowany bywa w dużych dawkach 1,0 — 3,0 — 5,0 i wywołuje ogniskową reakcję (kilaki miękną i wchłaniają się, inne objawy paraluetyczne ustępują).

Toksyny posocznicy, ropnicy, włóknikowego zapalenia płuc, przewlekłego zapalenia wsierdzia, a więc toksyny wszelakiego rodzaju kokków, diplokokków Frenkla, gronkowców, paciorkowców działają bardzo trująco na życiowe wymiany ustroju. Ogniskowa zaś reakcja w tych zakażeniach, jaką wywołałby Phosphacid stałaby się wielce niebezpieczną. Nie należy go więc stosować w tych dolegliwościach.

## Lecznicze wpływy Phosphacidu w chorobach niezakaźnych.

Phosphacid wywiera wyraźnie leczniczy wpływ w pewnych chorobowych stanach.

W tych przypadkach, w których dawka próbna nie wykazała obecności gruźlicy płuc, lub jakiegokolwiek innego zakażenia, leczenie Phosphacidem może być prowadzone zapomocą większych dawek tego leku, aniżeli to miało miejsce w omawianych wyżej gruźliczych sprawach Phosphacid działa bowiem w takich razach jako fizjologiczny bodziec wpływający bezpośrednio na chemję życiową komórek, nie wywołując żadnych szkodliwych odczynów. Tem nie mniej jednak, należy rozpoczynać leczenie od stosunkowo niedużych dawek 0,2 — 0,3 — 0,5, zależnie od ustroju chorego, a także i dlatego, aby przyzwyczaić, że się tak wyrażę, jego chemję życiową do współdziałania z tym lekiem.

Działanie lecznicze Phosphacidu w poniżej przytoczonych stanach przejawia się dość szybko. Uzdrawianie całego ustroju dokonywuje się bez wstrząsów. Zmiany te dają się stwierdzić podmiotowo i przedmiotowo. Brak zaś odczynów po wstrzykiwaniach nie hamuje widocznych fizjologicznych wpływów tego leku, a ustępowanie patologicznych stanów leczonego ustroju jest nader wyraźne.

Ma to miejsce w organizmach zbytnio wyniszczonych i wyczerpanych, u rekonwalescentów, po przewlekłych długo trwających chorobach, a szczególnie w uporczywych niedokrewnościach wszelkiego rodzaju, których nieraz żadnemi zabiegami leczniczemi nie można było zwyciężyć.

Ilość hemoglobiny zwiększa się przy małych nawet dawkach Phosphacidu. Dawki większe indywidualne dla poszczególnych wypadków (2,0 — 3,0 — 5,0 powiększając je stopniowo po 0,15 — 0,25 — 0,3 aż ogólny stan chorego i obraz jego krwi wskażą, że leczniczy wpływ Phosphacidu jest wyraźnie dodatni), stosować należy w wyżej przytoczonych odstępach czasu przez szereg tygodni lub miesięcy do zupełnego wyzdrowienia.

Phosphacid leczy wszelkie, nawet bardzo ciężkie, postacie niedokrwistości pochodzące z rozmaitych przyczyn. W ciężkich stanach rozpoczyna się od małych dawek 0,1 — 0,2 powtarzając czasami po dwa trzy razy każdą. Powiększa się je po 0,1 — 0,2 — 0,3 stosując w oznaczonych terminach; wyzdrowienie następuje zazwyczaj przy dawkach 0,5 — 3,0.

Z przedwojennych czasów notowane były przypadki wyleczenia złośliwej niedokrwistości *Biermera* wyłącznie Phosphacidem.

Dr *Hryniewiecki* (Łuck) obserwujący lecznicze działanie Phosphacidu w swych sanatorjach w Odesie (Elektro - hydropatyczne zakłady) twierdzi, że lek ten, jak żaden inny, okazał swój leczniczy wpływ w blednicy i w małokrwistości powstałej u kobiet na tle przewlekłych cierpień narządu rodnego Żadne leki i zabiegi, stosowane w tych schorzeniach, nie dawały tak prędkiego i stałego skutku jak Phosphacid. Klinicznie i laboratoryjnie prowadzone spostrzeżenia potwierdziły te wyniki.

Wyczerpanie nerwowe, neurastenja wszelkiego rodzaju (seksualna), nadają się dobrze do leczenia Phosphacidem. Rozpoczyna się kurację od dawki 0,5. Następne wstrzyknięcie w odpowiednich okresach 0,6 — 0,8 — 1,0 — 2,0. Na jednogramowej dawce zatrzymać się należy przez pewien

czas: cztery, sześć wstrzyknięć. Samopoczucie chorego i badanie krwi wskazuje potrzebę zwiększenia dawki. Dawki, przy których następuje wyzdrowienie wynoszą od 1,0 — 3,0.

Prócz tego pod wpływem Phosphacidu ustępują niektóre objawy nerwowo-mózgowe: bóle głowy niewiadomego pochodzenia, wyczerpanie psychiczne przy wzmożonej umysłowej pracy, przygnębienia. Te schorzenia ustępując w krótkim czasie po zastosowaniu Phosphacidu, potwierdzają jego chemiczne powinowactwo z komórkami nerwowemi.

Rekonwalescencja po ciężkich, wyczerpujących chorobach, których następstwem jest ogólny zanik sil ustroju, stanowi właściwy teren dla szerokiego stosowania Phosphacidu, który swą farmakodynamiką w krótkim czasie podnosi sprawność życiowej chemji rekonwalescenta. Stosuje się dawki od 0,1 — 1,0 — 2,0 w odpowiednich odstępach czasu.

Phosphacid stosowany u rannych żołnierzy w czasie wojny znacznie przyśpieszał gojenie się ran, poprawiał ogólny stan zdrowia, wracał rześkość ducha.

Dr *Lewicki* opisuje (Ukr. Med. Wistn. 1924) szczególny wypadek uzdrowienia Phosphacidem chorej po operacji. Ze szpitala Kijowskiego przywieziono chorą do domu po operacji wyrostka robaczkowego z sześcioma przetokami (założone w nich dreny), obrzękiem nóg, niedomogą serca, białko w moczu w takiej ilości, że przy nagrzewaniu ścinało się samo przez się, bez dodawania, odczynników, jak galareta. Ciepłota stale ponad 38 — 39 przez całe sześć miesięcy pobytu w szpitalu. Ut aliquid zastosowano Phosphacid zaczynając od dawki 0,01. Po czterech miesiącach przetoki się zagoiły i nastąpiło wyzdrowienie.

Phosphacid wpływa dodatnio na fizjologję mięśni. Widzimy to w czynnościach różnych narządów. Czynność serca, niedomoga na tle miażdżycy w wieku podeszłym, pod działaniem Phosphacidu znacznie się zmienia na lepsze. Leki nasercowe, przestające już wywierać pożądany skutek na zwyrodniały mięsień sercowy, po zastosowaniu Phosphacidu, działają nieraz znowu, a nawet w mniejszych dawkach. Wogóle należy zaznaczyć, że starzejące się komórki rozmaitych narządów, a zwłaszcza gruczołów (ovar. test. gl. thyroidea i inne) sprawniej przejawiają swą czynność po leczeniu zapomocą Phosphacidu.

W okresie popołogowym Phosphacid sprzyja bardzo prawidłowemu zwinięciu się macicy i jednocześnie znacznie przyśpiesza i usprawnia wydzielanie pokarmu. Pokarm takich karmicielek leczonych Phosphacidem nabiera odżywczych czynników, co odrazu daje się zauważyć na niemowlętach. Wyglądają one zdrowo, wcześniej ząbkują, ciemiączko prawidłowo zarasta.

W cukrzycy Phosphacid odgrywa wielką rolę. Działalność jego w tem cierpieniu jest trojaka:

1. Jako środek działający na komórki nerwowe i mózgowe, Phosphacid wpływa na ośrodek regulujący przemianą cukrową.
2. Udoskonalając chemję życiową i aktywując komórki ustroju, Phosphacid dodatnio wpływa na czynności gruczołów dokrewnych—wszystkich, a więc i na wysepki *Langerhans'a*.
3. Jako preparat fosforowy-wapniowy Phosphacid dostarcza połączeń o własciwościach tłumików krwi, które utrzymują właściwe oddziaływanie płynów ustroju, a zapobiegając kwasicy cukrzycowej, nie dopuszczają do ketonurji,

Przy leczeniu Phosphacidem lekkiej i średniej cukrzycy djetę można rozszerzyć bez obawy cukromoczu. Otrzymuje się wrażenie, że cukrzyca pod wpływem Phosphacidu nie rozwija się i nie postępuje. Doświadczam tego wpływu na sobie od szeregu lat.

Dawki w cukrzycy stosuje się duże, zaczynając od 1.0 stopniowo po 0,5 powiększając, dochodzi się do 3,0 — 6,0. Odpowiednią dawkę określa się według analizy krwi i moczu. Osobiście moja dawka wynosi 3 o raz na miesiąc.

Pod wpływem działania Phosphacidu znacznie łagodnieją, a w przeważnej ilości wypadków zupełnie ustępują objawy metaluetyczne, zwłaszcza nerwowo jako to: bóle w krzyżach, stopniowy znak nerwu ocznego, a nawet quasi zupełny jego zanik w świeżych przypadkach a także i inne typowe dolegliwości te choroby.

Phosphacid, odnawiając niezbyt widocznie jeszcze zniszczoną pierwoszcz komórek nerwowych, ratuje beznadziejną i rozpaczliwą sytuację chorego, gdy specyficzne kuracje okazały się bezskutecznemi.

(Opisano przypadki przywrócenia wzroku w rosyjskiej literaturze. *Żełudkow* broszura).

Metaluetyczne niedomagania ustępują przy dużych dawkach od 1,0—6,0—8,0.

Przewlekła postać zimnicy, a raczej charłactwo zimnicze, którego leczenie swoiste, zmiana klimatu i t. p. nie polepszyły, za pomocą Phosphacidu ulegają poprawie i wyleczeniu zapomocą dawek 2,0 — 5,0, stosowanych w czasie samego napadu. Następnie trzy cztery razy te dawki powtarzane w pięciodniowych czy tygodniowych odstępach czasu zupełnie zwyciężają te zakażenia.

Krzywica pod wpływem Phosphacidu wylecza się zupełnie. Sprzyja temu odpowiedni stosunek fosforu i wapnia zawarty w Phosphacidzie. Wapń bowiem sam przez się stosowany pogarsza znacznie stan krzywicy. Dawki od 0,25 — 1,0.

*M. Lewicki* (Ukr. Med. Wistn. 1924 r. Nr. Nr. 3, 4), opisuje chorą na „Lichen ruber planus“ (rozpoznanie potwierdzone przez prof. specjalistów dermatologów w Kijowie) nie poddający się żadnym leczniczym zabiegom (arszenik etc) stosowanym w tego rodzaju cierpieniach. Stan chorej stale się pogarszał. Po zastosowaniu Phosphacidu proces ten zupełnie ustąpił.

W przewlekłej łuszczycy, trwającej lata całe, pokrywającej jakby pancerzem znaczną część tułowia w dwóch przypadkach uzyskałem za pomocą Phosphacidu wielce zachęcające wyniki. Zniknęły wykwity, a po dwóch latach obserwacji nie ma się wrażenia ich nawrotu. Stosowano Phosphacid jak w chirurgicznej gruźlicy w większych dawkach od 1,0 — 3,0 dwa razy na tydzień. Leczenie trwało w jednym przypadku 8 miesięcy, w drugim przeszło rok.

Jak wiadomo, w ostatnich czasach łuszczycę zaliczono do zewnętrznych objawów prątka gruźliczego, (prawdopodobnie odrębnej morfologji niż prątek *Kocha*). Phosphacid gorączki nie wywoływał. Autorowie *Nicolas* i *Lebeuf* (Annal. Derm. T. G. Nr. 11) a także *Maruron* i *Huet* (Bull de la soc. Franc. de Derm et Syph. Nr. 2 — 1928) wykazali wzajemny związek między gruźlicą a łuszczycą.

Tę ostatnią zaliczają do form tuberkuloidów. (Gruczoły dokrewne).

Wszystkie wyżej przytoczone wskazania o leczniczych wpływach Phosphacidu mogą być krytycznie określone, jako „opowiadania“ bez naukowej podstawy, bez klinicznych i laboratoryjnych uzasadnień. I tak jest w rzeczywistości. „Opowiadania“ te bowiem oparte są na obserwacjach tylko z praktyki prywatnej — przeważnie lekarzy prowincjonalnych (Niżej przytoczona literatura o tem świadczy). Stało się to skutkiem tego, że preparat ten dłuższy czas po swem powstaniu nie był legalizowany. Lat kilka upłynęło zanim klinika Prof. *Sirotinina* w Petersburgu utorowała mu drogę do departamentu medycznego. Było to na krótko przed wybuchem wojny i czasu zabrakło dla dalszych naukowych badań nad Phosphacidem, jak również wyrabianie tego leku zostało przerwane. Obecnie już tu u nas kilka lat temu Ministerstwo Zdrowia zatwierdziło Phosphacid jako środek nieszkodliwy dla organizmu.

Lecz i teraz w dalszym ciągu stosują go tylko prywatni lekarze przeważnie pochodzący z za kordonu bolszewickiego, co nie powiększa jego popularności.

I druga jest jeszcze przyczyna niepopularności Phosphacidu, zdawałoby się nieznacząca, a jednak bardzo ważna, na którą przy końcu tej mojej pracy nie mogę nie zwrócić uwagi, a mianowicie: Gdyby Phosphacid powstał z inicjatywy i wynalazku koryfeuszów naszej wiedzy, napewno świat lekarski zwróciłby nań należytą uwagę, a kliniki i laboratorja ustaliłyby mu już dawno miejsce w skarbnicy środków leczniczych. Przykładem w tym względzie służyć może Sanocryzyna *Moelgaarda*, którą przecież Phosphacid w swych leczniczych wynikach znacznie przewyższa. Że zaś twórcą tego preparatu był zwykły prowincjonalny lekarz i lek ten przebijać się musiał i wciąż się jeszcze przebija z zespołu minorum gentium świata medycznego, szersze zainteresowanie się nim dotąd jest niewielkie. I dużo jeszcze prawdopodobnie czasu upłynie zanim poznają się na nim ci, co zechcą poddać go ścisłej krytyce i naukowym badaniom, a wydobywszy ze zbyt skromnego miejsca, na którem się dotąd znajduje, dadzą ze względu na jego wybitne lecznicze wartości należne mu stanowisko.

**Przedwojenne piśmiennictwo o Phosphacidzie.**

1. *Romanowski* — Wraczebnaja Gazeta, Nr. 8, 1909 r., Nr. 46, 47, 1910 r.

2. *Kossowski* — Wraczebnaja Gazeta, Nr. 8, 1909 r.

3. *Akacatow* — Wraczebnaja Gazeta, Nr. 20, 1911 r. Tuberculos, Nr. 11, 1913 r. Wraczebnaja Gazeta, Nr. 9 — 10, 1915 r. O Phosphacidzie Dr. Romanowskiego, Petersburg 1913 r. (broszura). Prakticzeskij Wracz Nr. 9 — 10. 1925 r. Berlin.

4. *Bryliński* — O znaczeniu leczniczem niedotlenionych związków fosforowych (Phosphacid dr. Romanowskiego) w przebiegu chorób gruźliczych Kraków 1912 r. Warszawa. „Nieorganiczny fosfor a gruźlica“ Medycyna Praktyczna na rok II. zesz. 9.

5. *Orlow* — Tuberculos, Nr. 3, 1912 r.

6. *Dosendorf* — Nowoje w medycynie, Nr. 3, 1913 r.

7. *Diedoff* — W raczebnaja Gazeta, Nr. 13, 1913 r. „A propos du traitement des lesions tuberculeuses chirurgicales par le Phosphacid du Dr. Romanowski“. Genève 1913 (broszura).

8. *Gyr* — „Un traitement chimiotherapeutique de la tuberculose. Phosphacid du Dr. Romanowski“ Geneve 1922 (broszura).

9. *Czernow* — Wraczebnaja Gazeta, Nr. 20, 2911 r. Zbiór piśmiennictwa o Phosphacidzie Dr. Romanowskiego, Petersburg wydanie „Medycyny praktycznej“ 1912 r.

## RESUME.

A. Bryliński. Phosphacid du Dr. Romanowski.

Dans son grand travail, consacré au traitement des infections tuberculeuses et autres à l'aide de Phosphacid — l'auteur, en se basant sur ses propres observations, recueillies durant de longues années, ainsi que sur celles, obtenues par d'autres auteurs, arrive à la conclusion, que Phosphacid est un remède de plus grande valeur dans le sens de stimulisation générale des forces vitales de l'organisme. L'auteur impute à ce moyen la proprieté de stimulisation du noyau et de la protoplasme des cellules en prémier lieu et souligne son action de reminéralisation.

L'auteur expose les principes détaillés concernant l'administration de phosphacid, ses indications et contre-indications, ainsi que la difference de la posologie dans la tuberculose pulmonaire et tuberculose chirurgicale. Le travail est documenté par la description de plusieurs cas, devant servir d'illustrations de typiques effets thérapeutiques.

# STRESZCZENIA

## CHOROBY WEWNĘTRZNE.

**Badania wstępne nad ciałami wydobytemi z insuliny i obniżającemi ciśnienie. (Recherches préliminaires sur les substances dites „hypotensives" retirées de certaines insulines). M. Villaret, L. Justin-Besançon i Cachera.** *Presse méd. Nr. 39, 1929.*

Kilku autorów, jak np. *Ambard, Vaquez, Klemperer* i inni zauważyli, że insulina posiada nieraz właściwości obniżania ciśnienia krwi. Badania *Gleya* i *Kistbinios'a*, wydobyły na jaw istnienie w wyciągu trzustkowym ciała, które obniżając ciśnienie krwi, nie wywołuje zmniejszenia się cukru we krwi, Ci sami autorowie stwierdzili, że chodzi tu albo o produkt pozostający w czasie preparowania insuliny z trzustki, albo też sama czynność preparowania rozbija połączenie chemiczne, pozwalając na wyodrębnianie ciała obniżającego ciśnienie od ciała zmiejszającego ilość cukru we krwi.

Autorowie dokonali szeregu badań na ludziach i na zwierzętach oraz doświadczeń chemiczno-farmaceutycznych nad preparatem, który uzyskali *P. Gley N. Kistbinios* i wyniki tych badań ujmują w nastąpujących punktach.

1. Ciało nie obniżające zwierciadła cukru we krwi obniżające natychmiast ciśnienie tętnicze u zwierząt przy dożylnem wprowadzeniu zawiera peptony, cholinę i histaminy w ilości wystarczającej do niezbyt znacznego wpływu na ciśnienie.

2. Ciało to wprowadzone podskórnie w dawkach zalecanych w klinice nie wywołuje prawie żadnego skutku na ciśnienie u zwierząt i ludzi.

3. Preparat ten wprowadzony dożylnie u ludzi ma działanie nadzwyczaj znikome, znacznie mniejsze, niż inne leki zalecane w klinice w celu obniżenia ciśnienia krwi.

4. Autorowie zwracają szczególną uwagę na obecność choliny w omawianym preparacie.

5) Mechanizm działania omawianego preparatu odpowiada częściowo działaniu choliny i histaminy, częściowo zaś wstrząsowi peptonowemu (które, jak wiadomo, obniżają ciśnienie krwi).

6. Oznaczanie jednostek klinicznych obniżających ciśnienie w preparacie pierwszym jako mieszaninie chemicznej i farmakologicznej budzi poważne zastrzeżenia

**Nowe badania nad pewnymi wyciągami trzustkowemi, mającemi obniżać ciśnienie krwi. (Nouvelles recherches sur certains extraits pancreàtiques, dits hypotenseurs). M. Villaret, L. Jastin-Besançou i Cachera).** *Presse méd. Nr. 104, 1929.*

Z powodu krytyki, jaką wypowiadano w związku z ostatnią pracą autorów, w obronie preparatu obniżającego ciśnienie krwi podanego przez *P, Gley* i *M. Kistbinios* — autorowie przeprowadzili szereg nowych badań, na podstawie których podtrzymują wszystkie swe twierdzenia, podane w pracy ogłoszonej w Présse méd. Nr. 39, 1929. Przytem autorowie podkreślają, że badania ich odnoszą się tylko do powyżej wspomnianego preparatu. Nad to autorowie nie zaprzeczają, że ten lub inny preparat może wpływać korzystnie na usunięcie lub osłabienie duszницy bolesnej; gdyż badania ich ograniczały się tylko do śledzenia wpływu omawianego preparatu na ciśnienie krwi.

**Z powodu artykułu o właściwościach wyciągu trzustkowego obniżającego ciśnienie krwi. (A propos d'un article récent sur les proprietés hypotensives de l'extrait pancreatique). R. Legrand i Legillon.** *La science médicale pratique Nr. 16, 1929.*

Badania autorów przeprowadzone u ludzi chorych z nadciśnieniem tętniczem i prawidłowem ciśnieniem krwi wykazały zgodnię z badaniami *Villareta*, że preparat podany przez *Gleya* i *Kistbiniosa* wywiera niekiedy nieznaczny wpływ obniżający ciśnienie krwi, przeważnie jednak pozostaje bez skutku.

**Psittacosis. (La psittacose.) M. Romme.** *Presse méd. Ntr. 19, 1930.*

Psittacosis jest chorobą zakaźną, ostrą, prowadzącą często do śmierci, przenosi się przedewszystkiem przez papugi. Ostatnio stwierdzano znane epidemje psittacosis w Europie.

Pierwszą obserwację tej choroby poczyniono w Szwajcarji w roku 1879, dokąd zawleczono psittacosis jak to się później okazało z transportem papug z Hamburga. W następnych paru latach kilkakrotnie spostrzegano epidemje psisttacosis w Europie. (*Ost, Wagner* 1882—1886, *Finkler* 1888) Do tego czasn uważano psittacosis za zaraźliwe zapalenie płuc, nie łącząc jej jednak za znaną już podówczas chorobą papug. Dopiero *Nocard* wykazał bakteryjne pochodzenie choroby i przenoszenie jej przez pagugi. Wyodrębniony drobnoustrój nazwał *Nocard* bacillus psittacosus. Dalsze badania bakterjologiczne nie potwierdziły badań *Nocarda* i były bardzo rozbieżne, Np. obwiniano diplococcus, streptococcus, pneumococcus i inne. Dziś zastrzeżenia względem bac. psittacosus są szczególnie poważne, gdyż drobnoustrój ten, dający się łatwo wyhodować i wyodrębnić, nie dał się jednak wykryć w ostatnich epidemjach. Inne, wspomniane drobnoustroje zdają się tylko wpływać na postać kliniczną i objawy chorobowe, będące raczej powikłaniem. Ostatnie bardziej liczne badania pozwalają na dalsze uzasadnione przypuszczanie, że chodzi tu o zarazek przesączalny.

Objawy chorobowe są następujące: nagle występujące zmęczenie, silne bóle głowy, kończyn, zwłaszcza nóg, znaczne pragnienie. zupełny

brak apetytu, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, jak uporczywe zaparcia przerywane biegunkami. Ze strony płuc występują trudności oddychania i objawy rozlanego nieżytu oskrzeli. W przypadkach lżejszych powyższe objawy trwają 8—10 dni, poczem następuje wyleczenie. W przypadkach ciężkich (niestety znacznie częstszych) ciepłota osiąga 40 — 41° C. o najwyższym poziomie rankami; tętno znacznie przyspieszone. Ze strony płuc stwierdzić można ogniska przekrwienia i zapalenia płuc, które ustępują w czasie przebiegu, przyczem pojawiają się rychło nowe ogniska. Wątroba jest często powiększona, śledziona zawsze. W moczu stwierdza się obecność białka, badanie krwi wykazuje przesunięcie obrazu *Arnetha* na lewo. Śmiertelność psittacosis dochodzi do 30% wskutek zmian płucnych i niedomogi serca. Najcięższy przebieg wykazują przypadki zarażone przez ukąszenie papugi.

Badania anatomo-patologiczne wykazują zmiany w płucach, analogiczne do grypowych zapaleń płuc, nadto stwierdzano krwotoki, zwyrodnienie włókien mięśniowych, powiększenie wątroby, śledziony i obu nerek, zwłaszcza ich warstwy korowej.

Leczenie może być tylko objawowe.

Przenoszenie choroby przez papugi nie ulega wątpliwości. U papug psittacosis objawia się postrzępieniem piór, opadnięciem skrzydeł, zamknięciem oczu, i sennością. Zwierzęta nie tykają pokarmu, pojawia się biegunka nieraz, krwawa. Śmierć następuje w 8 — 10 dni. O ile zwierzęta przeżyją chorobę, mogą być nosicielami zarazka.

## CHIRURGJA.

### Zaopatrzenie stawów i tkanek przystawowych w czuciowe zakończenia nerwowe i jego znaczenie w patologji stawów.

**R. Leriche**. *La Presse Méd. Nr. 25, marzec 1930.*

Stawy i tkanki przystawowe, zwłaszcza torebka stawowa, więzadła i okostna, są równie bogato wyposażone w czuciowe zakończenia nerwowe, jak skóra na opuszkach palców. Jest to — ze względów celowości — zupełnie zrozumiałe, jeśli sobie uprzytomnić, jak skomplikowanym jest fizycznie i fizjologicznie każdy najprostszy ruch w stawie, ile tu różnych czynników regulujących wchodzi w grę dla określenia, jakie i ile mięśni ma skurczyć się dla wykonania tego ruchu i w jakim stopniu.

W związku z faktem tym wyłania się cały szereg nowych wskazówek leczniczych w leczeniu różnych schorzeń stawowych.

Owe bogate unerwienie czuciowe, o którem wyżej była mowa, dotyczy w niewielkim tylko stopniu samego stawu, a głównie — tkanek przystawowych. Dlatego też wstrzyknięcie w przypadku bólów stawowych roztworu nowokainy do jamy stawowej ulgi nie przyniesie, ale wstrzyknięcie tegoż leku do tkanek przystawowych znosi ból znakomicie, przynajmniej na kilka godzin.

Na tejże drodze osiągnąć można znaczne złagodzenie bólu i przywrócenie ruchów w stawie, w którym ruchy te były uniemożliwione lub znacznie ograniczone wskutek ich bolesności, np. w wykręceniach stawów, w nieprawidłowo wygojonych złamaniach kostek, w wygojonych złamaniach wewnątrzstawowych i innych. Staw zmieniony zapalnie stara się przyjąć takie ustawienie, któreby odpowiadało jaknajwiększemu zwiotczeniu torebki stawowej, więzadeł i innych tkanek przystawowych, których napięcie i pociąganie jest zwykle bardzo bolesne; ustawienie to, zwykle nieprawidłowe, jeśli chodzi o względy statyczno-ruchowe, bywa utrwalone przez odruchowy przykurcz mięśni. Po wstrzyknięciu w tych razach do tkanek przystawowych roztworu $^1/_2$% nowokainy ustępuje natychmiast ów przykurcz i kończynie można nadać wówczas pożądane ustawienie (np. w gruźlicy stawu — do nałożenia gipsu).

Działanie lecznicze owych wstrzyknięć jest nagół krótkotrwałe. Podobne działanie, tylko o wiele trwalsze, okazuje odnerwienie odpowiedniej tętnicy (sympaticektomja) — prawdopodobnie za pośrednictwem zmian w ukrwieniu kończyny.

Na stanie tych zakończeń nerwowych w tkankach przystawowych odbijają się również zmiany w składzie chemicznym krwi; bóle stawowe w stanach zwiększenia zawartości wapna we krwi (hyperkalcemja) tem się właśnie tłumaczą.

### Schorzenia gośćcowe o pierwotnem umiejscowieniu pozastawowem (Les formes extra-articulaires de la maladie rhumatismale).

**Grenet**. *La Presse Méd Nr. 21, marzec 1930.*

Panowało w swoim czasie przekonanie, że o gośćcu można mówić dopiero wtedy, kiedy w przypadku danym, obok ewentualnych zmian ze strony różnych narządów, mamy wyraźne zajęcie chorobowe stawów. W ostatnich latach pogląd ten uległ pewnej modyfikacji, gdyż stwierdzono niewątpliwie istnienie całego szeregu przypadków schorzeń gośćcowych, w których brak było zupełnie bólów i obrzmienia stawów, ewentualnie bóle te były nieznaczne i krótkotrwałe. Tem nie mniej natury gośćcowej tych schorzeń dowodziły: wybitnie dodatni wpływ leczniczy salicylanów, jałowość płynów tkankowych (krew, ogniska chorobowe) i, wreszcie, późniejsze powikłanie zapaleniem wsierdzia lub osierdzia.

Wśród tych pierwotnie pozastawowych postaci gośćca rozróżniamy: postać o charakterze ogólnego zakażenia i postaci trzewne.

Ogólne zakażenie gośćcowe, bez szczególnego umiejscowienia poza niewielkiemi bólami stawowemi, może przebiegać ostro (postać durowa) lub bardziej przewlekle; w tym ostatnim przypadku przebieg kliniczny przypomina bardzo gruźlicę i może spowodować odnośną pomyłkę rozpoznawczą, dopiero wynik dodatni leczenia salicylinem sodu lub ujawnienie sie z czasem zapalena wsierdzia i innych błon surowiczych wyjaśni rozpoznanie.

Schorzenia gośćcowe narządów wewnętrznych dotyczyć mogą: serca (zapalenie wsierdzia lub osierdzia), płuc i opłucnej, przełyku (bole na przebiegu przełyku przy połykaniu), wreszcie — trzew brzusznych, dając czasami obraz ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Niesłusznem jest również dawne zapatrywanie, że obecność ropienia wyłącza tło gośćcowe choroby; gdyż spostrzegano wielokrotnie ropne zapalenie stawów, opłucnej i osierdzia — pochodzenia niewątpliwie gośćcowego.

A więc, jak to widać z powyższego, zakres schorzeń gośćcowych jest bardzo szeroki, a zajęcie stawów w ich przebiegu, jakkolwiek jest objawem częstym i ważnym, tem nie mniej nie jest bynajmniej objawem stałym.

**Kiłowe zapalenia pęcherza moczowego. (De la cystite syphilitique) Orofino.** *Journ. d. Urologie XXIX — Nr. 1, Styczeń 1930.*

Kiła pęcherza moczowego jest schorzeniem bardzo częstem, częstszem nawet niż gruźlica. Tem nie mniej, zbyt często jeszcze jako taka nie bywa rozpoznawana, kryjąc się pod błędnem rozpoznaniem gruźlicy, raka lub banalnego nieswoistego zapalenia pęcherza. W okresie trzeciorzędnym kiły pęcherz ulega schorzeniu swoistemu bez porównania częściej, niż w okresie drugorzędnym. Objawy kliniczne bywają różnie nasilone — od nieco częstszego oddawania moczu z niewielkiem pieczeniem pod koniec urynowania, do ciągłego parcia na mocz z silnemi bólami palącemi, ropomoczem i krwiomoczem.

Przy wziernikowaniu pęcherza, w okresie zmian drugorzędnych, na śluzówce pęcherza widać cały szereg oddzielnych i zlewających się plam ciemnoczerwonych, różnokształtnych, umiejscowionych przeważnie w okolicy trójkąta pęcherzowego i nadających nieraz śluzówce wygląd marmurkowaty; w okresie zaś zmian trzeciorzędnych widzi się cały szereg owrzodzeń o brzegach ostrych i barwy szarawej, umiejscowionych zwykle zdala od ujść moczowodów (w przeciwieństwie do gruźlicy), lub też twory guzkowate o powierzchni nierównej, będące kilakami we wczesnym dosyć okresie rozwoju i przypominające swym wyglądem nowotwór złośliwy.

W dalszym swym rozwoju klinicznym kiła pęcherza moczowego może doprowadzić do przedziurawienia jego ściany i wytworzenia połączenia z jelitami, z odbytnicą lub z pochwą. W przypadkach wtórnego zakażenia pęcherza gruźlicą lub drobnoustrojami nieswoistemi właściwe rozpoznanie schorzenia może okazać się bardzo trudnem. Jednakże tam, gdzie wyraźnie podejrzewamy kiłę pęcherza, nie należy się zrażać ujemnym wynikiem odczynu *Wassermanna*, a raczej trzeba przeprowadzić próbne leczenie przeciwkiłowe, które już po kilku dniach może dać poprawę.

Leczenie kiły pęcherza polega jedynie na przeprowadzeniu leczenia swoistego, z dodaniem środków miejscowo odkażających.

**Urazowe pęknięcia nerek przy zachowaniu ciągłości powłok skórnych (Ruptures sous-cutanées des reins), Epstein.** *Journ. d Urologie XXIX — Nr. 1 Styczeń 1930.*

W obecnej dobie znacznego rozwoju przemysłu, lokomocji mechanicznej i sportu — podskórne obrażenia nerek zdarzają się dosyć często. Autor spostrzegał w oddziale swym za ostatnie parę lat osiem tego rodzaju przypadków. Czynnikiem urazowym był tutaj: wypadek samochodowy, kolejowy, tramwajowy, upadek z wysokości i uderzenie kijem. W mechanizmie chorobotwórczym gra dużą role stan ukrwienia nerek i pozostające w związku z nim ich wewnętrzne ciśnienie hydrauliczne.

Co do obrazu klinicznego — zaznaczyć przedewszystkiem należy, że nasilenie objawów klinicznych nie zawsze idzie w parze z rozległością zmian anatomo-patologicznych. Do zasadniczych objawów należą tu: krwiomocz, powstanie guza w miejscu danej nerki, bóle miejscowe, odruchowe napięcie mięśni, wstrząs nerwowy i ewentualne objawy otrzewnowe.

Zastosowanie takiego czy innego leczenia zależy zawsze od danego przypadku. W przypadkach najcięższych — wskazanem będzie natychmiastowe wyjęcie nerki uszkodzonej; jeśli jednocześnie stwierdza się obrażenie narządu wewnątrzotrzewnowego (śledziona!), należy zacząć operację od otwarcia brzucha i ewentualnego opanowania ogniska urazowego w otrzewnej, poczem dopiero wyjmuje się nerkę — przezotrzewnowo lub z cięcia lędźwiowego. W przypadkach średnich i lekkich (wylew krwawy do otoczki tłuszczowej nerki) wskazanem jest postępowanie wyczekujące, które pozwoli tymczasem na dokładniejsze zbadanie chorego zapomocą wziernikowania pęcherza zwykłego i barwnego i na dokładniejsze sprecyzowanie wskazań do zabiegu operacyjnego. Jednakże zaznaczyć należy, że wśród tych przypadków nieoperowanych w 25% powstają w następstwie

urazu zrosty dookoła nerki, miedniczki i moczowodu, powodujące z czasem mniej lub więcej znaczne zaburzenia czynnościowe (zagięcia moczowodu!), które dają z kolei wskazania do odpowiednich zabiegów operacyjnych — tym razem już „na zimno".

**Nowy sposób badania radjologicznego dróg moczowych (Nouveau procédé d'exploration radiologique des voies urinaires). Pasteur, Vallery-Radot. Dalsace, Nemours-Auguste i Dérot.** *La Presse Méd. Nr 23, marzec 1930.*

Cholecystografja utorowała drogę analogicznej metodzie w odniesieniu do dróg moczowych. Zaczęto próbować wprowadzania dożylnego, a później i doustnego, różnych związków jodowych, które przechodziły następnie do moczu, czyniąc drogi moczowe nieprzezroczystemi dla promieni Roentgena i umożliwiały w ten sposób ich zdjęcie dokładne. Podanie środka doustne umożliwiało następowo zdjęcie jedynie tylko pęcherza moczowego, zaś dla otrzymania obrazu nerki i moczowodu koniecznem się okazało jego wprowadzenie dożylne.

Ostatnio *v. Lichtenberg* i *Swick* zaproponowali stosowanie w tym celu „uroselektanu" to jest soli sodowej pirydyny, zawierającej poza tem 42% jodu w związku organicznym. Środek ów podaje się wyłącznie dożylnie, gdyż doustnie źle jest znoszony, w ilości 100 cm³ 40% roztworu wodnego, przyczem najpierw wstrzykuje się 40 cm³, a po 3 minutach — pozostałe 60 cm³. Pierwsze zdjęcie robi się w 15 minut od końca wstrzykiwania, drugie — po 45 minutach i trzecie — po 75 minutach. Wszystkie zdjęcia dają dokładny rysunek całego przewodu moczowego — kielichów, miedniczki, moczowodu i pęcherza. U osobnika zdrowego wydzielanie uroselektanu osiąga swoje najwyższe nasilenie w ciągu pierwszych dwu godzin.

Sposób ten może również służyć jako próba czynnościowa nerek, gdyż przy ich niedomodze obraz rentgenologiczny otrzymuje się późno — w 6 godzin, 24 godziny, a nawet 36 godzin po wstrzyknięciu uroselektanu. Przy wyeliminowaniu nerki anatomicznem lub czynnościowem obrazu rentgenologicznego nie otrzymamy wcale. Objawów ubocznych — poza rzadko zresztą występującemi bólami głowy, mdłościami, wymiotami i bólami pęcherza — nie bywa.

Autorowie pracy niniejszej wyprobowali ów sposób na zwierzętach i na ludziach i przyszli do wniosków mniej więcej tych samych, co v. *Lichtenberg i Swiek.* Ciśnienie krwi po wstrzyknięciu uroselektanu nie podlegało żadnym wahaniom, tętno się nieco przyspieszało, zresztą tylko na krótko. Poza tem określali autorowie ilościowo jod w moczu, oddawanym po wstrzyknięciu uroselektanu, i przekonali się, że w warunkach prawidłowych $^9/_{10}$ całej ilości wprowadzonego środka zostaje wydzielone w moczu w ciągu pierwszych 8 godzin po wstrzyknięciu. Reasumując wyniki swych badań, autorowie stwierdzają, że sposób badania rentgenologicznego dróg moczowych zapomocą wstrzykiwań dożylnych uroselektanu daje bardzo dobre wyniki — otrzymuje się wyraźny obraz miedniczki, moczowodu i pęcherza — i unika się w ten sposób niezawsze łatwego do przeprowadzenia cewnikowania moczowodów. Poza tem metoda ta pozwala na wyciąganie wniosków co do wydolności czynnościowej nerek, uwzględniając, mianowicie, szybkość wystąpienia cienia na kliszy rentgenowskiej i szybkość wydzielania się wprowadzonego z uroselektanem do ustroju jodu.

**Trudności techniczne, napotykane w przebiegu operacji z powodu wrzodu trawiennego, powstałego po zespoleniu żołądkowojelitowem (Difficultés techniques des operations pour ulcus peptique gastrojejunal). Baillis i Folliasson.** *Le Journ Méd. Français Nr. 1, Styczeń 1930.*

Operacje te należą do najtrudniejszych technicznie w chirurgji żołądka, gdyż chorzy tacy zwykle przebyli już uprzednio 2 — 3 i więcej zabiegów operacyjnych na żołądku i narządach sąsiednich, zmieniających znacznie topografję okolicy powyższej; następnie — są to osobniki znacznie wyniszczone, o zmniejszonej oporności operacyjnej, którzy zostają pomimo to poddani zabiegowi trudnemu i długotrwającemu. Wreszcie, miejscowo chirurg napotyka na tkanki zakażone, nacieczone, kruche, krezka poprzecznicy tworzy wraz z żołądkiem, pętlą jelita zespolonego i poprzecznicą jeden guz zapalny, a sam wrzód przechodzi czasami i na ścianę poprzecznicy, doprowadzając do połączenia jej światła ze światłem żołądka i jelita czczego. Wszystko to czyni zadanie operującego bardzo trudnem. Uwzględniając cel bezpośredni zabiegu, jakim jest wycięcie wrzodu, i cel dalszy — zabezpieczenie przed nawrotem, należy uważać za metodę z wyboru rozległe wycięcie odźwiernika i części przyodźwiernikowej (gastro-pylorectemia). Jakkolwiek mechanizm powstawania wrzodu trawiennego w następstwie zespolenia żołądkowo-jelitowego jest jeszcze ciemny, tem nie mniej dwa fakty z tej dziedziny są niewątpliwe: pierwszy — kwasota żołądka po operacji wycięcia części przyodźwiernikowej zmniejsza się wyraźnie; drugi po operacji tej wrzód trawienny występuje bardzo rzadko.

W przypadku wrzodu trawiennego żołądkowo-jelitowego (ulcus pepticum gastrojejunale) technika zabiegu będzie się przedstawiać następująco: uwolnienie pętli jelita czczego w miejscu zespolenia i zaszycie otworu w kiszce szwem poprzecznym, ewentualnie, wycięcie zupełne danego odcinka kiszki i następne zespolenie koniec z końcem; poczem uskutecznia się rozległe wycięcie żołądka ($^2/_3$ do $^3/_4$) z połączeniem obu odcinków przewodu pokarmowego według *Kochera, Haberera, Finneya'a, Moynihana, Cuneo. Finsterera* lub innych.

W przypadku wrzodu trawiennego obejmującego i poprzecznicę (ulcus pepticum gastro-transverso-jejunale), po zaopatrzeniu petli jelita czczego i wycięciu żołądka według *Kochera* lub *Finsterera,* należy zaszyć otwór w poprzecznicy z następowem wyłonieniem tej jej części nazewnątrz, lub wyciąć dany odcinek poprzecznicy z wszyciem obu otworów w skórę; celowem będzie również wytworzenie czasowej przetoki kałowej z kątnicy dla odciążenia części okrężnicy zeszytej.

*M. Czyżewski.*

## *POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.*

**Leczenie raka rozwijającego się na bliznach pochwowych po całkowitem wycięciu macicy. (Traitement des cancers dèveloppes sur cicatrices vaginales après hystèrectomie totale). Hartmann H., Fabre S. Dubois-Roquebert.** *Gynecologie et Obstetrique Nr. 1, T. X.*

Wśród 36 chorych, które zgłosiły się do przychodni kliniki chirurgicznej w Szpitalu Hotel Dieu w Paryżu z powodu raka rozwijającego się w bliźnie pochwowej po całkowitem wycięciu macicy za-

kwalifikowano do leczenia 26, dziesięć pozostałych wyłączono z powyższego materjału z powodu dużych guzów brzusznych, z powodu zajęcia pęcherza, stanu charłactwa daleko posuniętego, ewent. rozległości zmian chorobowych u osób już leczonych radem czy Roentgenem w innych szpitalach.

Z wyżej wspomnianych 26 u 17 zastosowano tylko rad, u 7 tylko promienie Roentgena, a u 2 obydwie wymienione metody lecznicze.

Najlepsze wyniki uzyskano w grupie pierwszej i to w tych przypadkach, gdzie nowotwór występował tylko w postaci owrzodzenia w szczycie kopuły pochwowej nie powodując głębszych nacieków; te ostatnie, zwłaszcza występując w więzadłach szerokich, są objawem złym i złe dającym rokowanie.

Z 17 przypadków wchodzących do I grupy 7 skończyło się zejściem śmiertelnym po 5, 6, 8, 9, 15 i 18 miesiącach, jedna zaś z chorych, dwukrotnie leczona radem, czuła się dobrze przez 4 lata, poczem wystąpił nawrót i śmierć po 6 l. i 2 mies. od chwili pierwszej kuracji. Pozostałe 10 chorych żyje dotychczas; od kuracji upłynęło 6 mies.. 1 rok, rok 2 miesiące, 1 r. 7 mies., 2 l. 4 mies., 3 l. 4 miesiące, 5 l., 5 l. 2 mies., 6 l. 2 mies., 6 l. 3 mies, Jak widać z tego wykazu 4 chore uważać można za definitywnie wyleczone, gdyż okres ich zdrowia trwa ponad 5 lat.

Do grupy II ej leczonej wyłącznie promieniami Roentgena włączono chore, które wykazywały tylko nacieki nowotworowe głównie w więzadłach szerokich, śluzówka zaś była nienaruszona. Wyniki są złe w tej grupie skoro tylko jedna chora żyje dotychczas, i to dopiero 2 lata od chwili leczenia.

Wreszcie w grupie trzeciej leczonej obydwoma metodami znajdują się zaledwie 2 chore, u których stwierdzono tak nacieki, jak owrzodzenia śluzówki. Z nich tylko jedna czuje się dobrze po 18 mies., druga już po 6 mies. wykazuje nawrót nowotworu. Reasumując: wczesne rozpoznawanie choroby w chwili, kiedy ogranicza się ono tylko do śluzówki, pozwala na uzyskanie stosunkowo dobrych wyników przy zastosowaniu radu.

**Leczenie wyciągami gruczołu piersiowego stanów przekrwienia międzymiesiączkowego. (L'opothérapie mammaire dans le traitement des congestions intermenstruelles). Pierra .L M.** *Gynécologie et Obstetrique I. XX, Z. 5.*

Autor stosował z dobrym skutkiem w 200 przypadkach leczenie wyciągami gruczołu piersiowego w celu zwalczania objawów i skutków przekrwienia narządu rodnego, występującego w okresie międzymiesiączkowym zazwyczaj na 14 — 15 dzień po początku miesiączki.

Objawy chorobowe polegały na przykrem uczuciu ciążenia ku dołowi w krzyżu i w dole brzucha, powiększonych upławach śluzowo-ropnych, a nawet niekiedy na mniejszym lub większym plamieniu.

Badanie zestawione wykrywa w tym czasie przejściowe powiększenie macicy, jej tkliwość, a w większym jeszcze stopniu powiększa się jajowód i jajnik. Szczyt osiągają te objawy zazwyczaj na 14 — 15 dzień od pierwszego dnia menstruacji, co odpowiada, jak przypuszczają, pękaniu pęcherzyka *Graafa*.

Postać w jakiej podaje się gruczoł piersiowy (proszek czy wyciąg do injekcji) nie gra dużej roli w działaniu leczniczem. Dawki powinny być dość duże bo 1, 2, 3 do 4 gramów suchej substancji dziennie i to w każdym okresie międzymiesiączkowym, poczynając od 11 — 20 dni od początku mi$_0$ nionej regularności. W wyniku obserwował autowybitną poprawę (jakkolwiek przejściową) w $_9/_1$r ogólnej liczby przypadków.

**W sprawie homoplastycznego przeszczepu jajnika. (Sur la question de la greffe homoplastique ovarienne). Gambarow G.** *Gynéc. et Obstétr. T. XX, Nr. 6.*

Autor wykonał w 18-tu przypadkach przeszczepienie jajnika z jednej kobiety do drugiej w celu wzmocnienia lub zastąpienia czynności jajnikowej,

Dalsza obserwacja udała się tylko w 9 przypadkach i z nich też autor daje sprawozdanie. Niestety wyniki bynajmniej nie potwierdzają optymizmu niektórych autorów, gdyż zaledwie w jednym przypadku uzyskano przejściową poprawę miesiączkowania; w innych poprawa była albo b. nieznaczna, albo też jej nie było wcale.

Pomimo to jednak autor sądzi, że wobec zupełnej beznadziejności organoterpji jajnikowej należy próbować w niektórych przypadkach omawianej metody, która jednakowoż niekiedy, choć w rzadkich przypadkach, daje poprawę ciężkich dolegliwości wypadania funkcji jajników.

**W sprawie rozpoznania biologicznego wczesnej ciąży. (A propos du diagnostic biologique précoce de grossesse). Brouha L., Hinglais H. et Simonnet** *Gynecol. et Obstetr. T. XX, Nr. 5.*

Wobec trudności uzyskania zawsze w potrzebnej chwili dostatecznej ilości myszek białych, samiczek o odpowiedniej wadze, jak również ze względu na uciążliwość rozpoznania według *Zondeka* i *Aschheima* postanowili autorowie (*Brouha, Hinglais, Simonnet*) wypróbować młodych i dojrzałych samców (białe myszki) jako zwierzęta doświadczalne.

Mocz osób ciężarnych w pierwszych miesiącach ciąży wstrzykiwany niedojrzałym samcom (białym myszkom) o wadze 7—10 gr. w dawkach 0,1—0,6 cm$^3$ codzień przez 6—10 dni wywoływał nieznaczne przyspieszenie w rozwoju jąder i bardzo znaczny wzrost gruczołów dodatkowych wystających do jamy otrzewnej i wypełnionych białawą wydzieliną. Wzrost tak jąder; jak i gruczołów dodatkowych stwierdza się zapomocą wagi tychże. Przy dawce codziennej wynoszącej np. 0,4 cm$^3$ gruczoły dodatkowe ważą 63 mlgr. zamiast 17 — u zwierzęcia kontrolnego.

Podobnie na samców dojrzałych wagi 20—25 gr. wstrzykiwanie moczu ciężarnych działa w kierunku przerostu gruczołów dodatkowych (naprz. przy dawce 0,5 cm$^3$ codzień do 312 mlgr., zamiast 114).

**Bóle głowy w czasie ciąży pochodzenia przysadkowego. (Doniesienie tymczasowe). (Cephalées d'origines hypophysaire pendant la grossesse). Olascoaga D. M.** *Gynecologie et Obstetr. T. XX, Nr. 6.*

Biorąc pod uwagę powiększenie przysadki mózgowej w czasie ciąży, jak również wzmożenie jej czynności fizjologicznej, autor pragnie odnieść bóle głowy występujące w czasie ciąży do tego gruczołu o wydzielaniu wewnętrznem. Na poparcie swego przypuszczenia autor przytacza kilka obserwacji, w których dokładne badanie wyłączyło z pewnością inne przyczyny omawianej dolegliwości, a z drugiej strony leczniczo znakomicie działa podanie 3 razy dziennie suchego wyciągu przedniego płata przysadki mózgowej po 0,15 na dawkę.

W dwu przypadkach wykonana radiografja nie wykazała powiększenia siodełka tureckiego; nie zaprzecza to bynajmniej, zdaniem autora, istnieniu związku pomiędzy bólami głowy, a przysadką mózgową, które to zmiany mogą być nie anatomiczne, ale czysto fizjologiczne.

**Krwawienie pępkowe noworodków. (Hemorragies ombilicales du nouveau-né). Baron P.** *Gynécologie et Obstetr. T. XX, Nr. 6.*

Powodem krwotoków, względnie krwawienia, z pępka noworodka bywa najczęściej albo bezpośrednio krwawienie ze źle podwiązanej pępowiny, albo późne krwawienie na tle zmian zakaźnych w pępku.

W dwu obserwowanych przez autora przypadkach nie miał miejsca żaden z wymienionych typów krwawienia; pępowina podwiązana była bez zarzutu, a krwotok, który rozpoczynał się w 12—24 godzin po porodzie, pochodził z głębi wgłębienia pępkowego, z miejsca przyczepu pępowiny do skóry.

Leczniczo zastosował autor w obydwu przypadkach podwiązauie dookoła miejsca przyczepu pępowiny do skóry zapomocą szwu kapciuchowego z nitki lnianej, wykonanego po uniesieniu mocno ku górze dna wgłębienia pępkowego.

Wynik był znakomity w obudwu przypadkach, krwawienie ustało natychmiast i dzieci nadal były zdrowe, a jedno z nich liczy 3 lata.

Etjologicznie przypusza autor nadmierną kruchość naczyń pępowiny, jako wadę urodzoną.

**W sprawie leczenia zakażeń macicy i jej przydatków zapomocą „szczepienia domiednicowego" (Du traitement des infections utéro-annexielles par la pelvi-vaccination). Louvel J.** *Rev. Franc. d. Gynec. et d'Obstetr. T. 25, Z. 1.*

Autor zaleca stosowanie szczepionek i obcego białka w injekcjach do mięśnia części pochwowej macicy. Po uchwyceniu we wziernikach kulociągiem przedniej wargi wkłówa autor z boku od linji środkowej krótką (2 cm. długości) i cienką igłę, i wprowadza powoli $^1/_4$—1 cm$^3$ propidonu lub $^1/_2$—2 cm$^3$. 5%-go roztworu nukleinianu sodu. Ten sposób wprowadzania środków leczniczych ma działać energiczniej i skuteczniej z tego względu, że trafia wprost do układu żylnego, wyprowadzającego krew na boki z obydwu połów macicy i oblewającego obustronnie przydatki. Dlatego też nazywa autor ten sposób injekcji szczepieniem domiednicowem, gdyż ma ona działać wybiórczo na narządy miednicy małej.

(Sposób zalecany przez autora jest szeroko przyjęty i propagowany przez cały szereg lekarzy i nie stanowi nic nowego w lecznictwie. Przypomnienie jednak tego cennego sposobu szczepienia wydaje się być rzeczą wartościową — przyp. refer.).

**Badanie nad florą bakteryjną nabłoniaków szyjki macicy. Jej znaczenie dla leczenia radem. (Etude de la flore microbienne des epitheliomas du col uterin. Son importance pour la radiotherapie). Vinzent R., Monod O.** *Gynec. et Obstetr. T. XX, Nr. 6.*

Badania swe przeprowadzili autorowie w Instytucie Radowym, (dyr. prof. *Regaud)* na 116 przypadkach.

Flora bakteryjna przed założeniem radu składała się z paciorkowców hemolitycznych, z pałeczek *Friedländer'a*, z pałeczek przypominających błonicze i z gronkowców.

Z chwilą założenia radu lub zastosowania leczenia w postaci naświetlania dużemi dawkami radu z zewnątrz (telecurie therapie) flora bakteryjna rozwija się znacznie tak ilościowo, jak pod względem wzrostu jadowitości i złośliwości.

Jeśli oddzielnie rozpatrywać grupę przypadków, w których doszło do powikłań, to okazuje się, że najczęściej stwierdzanym drobnoustrojem jest paciorkowiec hemolityczny.

Próby profilaktycznego stosowania bądź to przesączów bakteryjnych, bądź zawiesin drobnoustrojów zabitych zapomocą ciepła nie dały wyników stałych, ani pewnych. Tak więc ważna sprawa zapobiegania i leczenia zakażeń w czasie stosowania radu nie została jeszcze, jak dotąd, rozwiązana w sposób zadawalający.

**Niedrożność jajowodów i rodzaj przebytego zapalenia. (Les obturations et les infections salpingiennes). Béclère C.** *Gynécologie et Obstetrique T. XX. Nr. 5.*

Autor twierdzi na zasadzie swego materjału 114 przypadków niepłodności, badanych zapomocą salpingografji, że 70% przypadków wykazywało zupełną niedrożność jajowodów, z pozostałych 30% zaledwie 13% miało jajowody zupełnie drożne, w pozostałych 17% — drożność była zmniejszona.

Zestawienie z przebiegiem klinicznym przebytych stanów zapalnych jajowodów wykazało, że zapalenia przebiegające od początku w sposób ostry dają zniszczenie śluzówki trąbki na dużej przestrzeni i wywołują całkowitą i nienadającą się do operacji niedrożność, natomiast zapalne stany od początku przebiegające łagodnie powodują zarośnięcie tylko na małym odcinku trąbki, najczęściej na końcu brzusznym jajowodu; wynikła z tego niedrożność, daje się opanować operacyjnie i rokuje więcej nadziei i powodzenia.

**Badania kliniczne i anatomo-patologiczne nad mięśniakami macicy. (Etude clinique et anatomo-pathologique des fibromyomes uterins). Morosowa, Sawelіewa.** *Gynécol. et Obstètique, T. VX, Nr. 6.*

Obserwacje autorek dotyczą 252 przypadków, spostrzeganych w klinice prof. *Serdukoffa* w czasie od r. 1922 do 1928: oto ważniejsze wnioski autorek:

1) czynnikami etjologicznemi są: konstytucja, zaburzenia równowagi wydzielania wewnętrznego, zaburzenia w krążeniu krwionośnem i chłonnem, przewlekłe stany podrażnienia narządu rodnego;

2) w postaciach podsurowiczych i śródmiąższowych mięśniaków występuje obfite miesiączkowanie w 45 — 47% przypadków;

3) wpływ coitus interruptus na powstawanie mięśniaków nie jest udowodniony;

4) niepłodność występuje najczęściej w obecności mięśniaków podsurowiczych i śródmiąższowych (21 — 29%);

5) poza powikłaniami w postaci zwyrodnienia rakowatego, mięsakowatego i naskutek martwicy pamiętać należy o adenomyosis; powikłanie to utrudnia niekiedy rozpoznanie, a leczniczo nadaje się raczej do usunięcia operacyjnego;

6) leczenie operacyjne daje 1,3% śmiertelności;

7) prawie w połowie przypadków obok macicy mięśniakowatej spotyka się schorzałe zapalnie przydatki.

**Próba określenia stanu szyjki macicy, zwanego przedrakowym. (Essai d'interprétation de l'etat dit prècancereux du col de l'utèrus). Keller R., Van de Vyver.** *Gynécol. et Obstétr. T. VX, z. 6.*

Wychodząc z założenia, że stanem przedrakowym nazwać należy taki stan, w którym występują pewne określone zmiany anatomo-patologiczne, nie będące jeszcze rakiem, ale pozwalające na rozpoznanie zbliżającej się choroby — autorowie poszukiwali krytycznie tak w swoim materjale, jak w literaturze omawianych stanów,.. i nie znaleźli. Twierdzą oni, że obrazy mikroskopowe opisywane dość często w literaturze i uważane za stany przedrakowe są w istocie już początkowemi okresami raka i jako takie winny być rozpoznawane. Na poparcie swego poglądu przytaczają autorowie opisy i rysunki swych przypadków, gdzie rozpoznanie wahało się pomiędzy gojącą się nadżerką, a nowotworem złośliwym. W niektórych przypadkach trudności diagnostyczne bywają olbrzymie tem nie mniej, jak dotąd, nigdzie poza badaniem mikroskopowem wycinka pewniejszej odpowiedzi uzyskać nie można, bo ani klinika, ani badanie chemiczne tkanki (na wytwarzanie glikogenu przez komórki) nie wnoszą nic decydującego. W przypadkach wątpliwych należy wycinki pobierać kilkakrotnie w odstępach 1 — 2 miesięcznych. Skrobanie powierzchni miejsc podejrzanych jest metodą bezporównania mniej pewną.

**Rzadki przypadek późnego uszkodzenia po leczeniu radem. (Un cas rare de sequelles tardives apres radiumtherapie). Rullé P.** *Gynéc. et, Obstétr. T. XX, Nr. 6.*

Autor opisuje drugi w piśmiennictwie przypadek późno występującej przetoki pęcherzowo-pochwowej po leczeniu radem, aplikowanym per vaginam, Od chwili pierwszej aplikacji upłynęło blisko 7 lat od ostatniej — lat 6. Oprócz wspomnianej powyżej przetoki pęcherzowo-pochwowej, zauważono również wązką przetokę odbytniczo-pochwową.

Tak więc późne skutki leczenia radowego nie dadzą się przewidzieć, skoro nawet po 7-miu albo 8-miu (przypadek *Heidlera*) latach spotkać się możemy z tak poważnym powikłaniem, jak wyżej opisane.

Jeśli przypomnimy sobie, że po 5 latach zaledwie około 20% chorych leczonych radem żyje jeszcze, to dojdziemy do wniosku, że wytwarzanie się przetok nie jest stosunkowo tak bardzo rzadkie, zwłaszcza, że cały szereg wcześniej występujących tego rodzaju powikłań wogóle nie dochodzi do piśmiennictwa. *T. Zawodziński.*

## CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

**Zapobieganie kile. (Prophylaxie de la syphilis). L. Fournier.** *Paris Médical — Nr. 2, 1930.*

Autor, wychodząc z założenia, że kiła jest zaraźliwą tylko w ciągu pierwszych 3-ch do 4-ch lat po zakażeniu, zwraca szczególną uwagę na ten okres schorzenia, Oprócz akcji społecznej, tyczącej się zapobiegania kile, ważnem jest również zapobieganie przy pomocy środków chemicznych. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że stosując takie preparaty lecznicze, jak rtęciowy i bizmutowy, możemy doprowadzić ustrój do tego stanu, że nie będziemy go mogli zakazić krętkami. Osiągniemy to wtedy, kiedy ustrój będzie do pewnego stopnia nasycony środkiem leczniczym, kiedy pewna ilość ściśle określona metalu impregnować będzie 1 gram wysuszonej substancji nerkowej zwierzęcia, stosując tylko pewne preparaty, gdyż zawolno wsysane i za szybko wydalane nie pozwolą nam nigdy osiągnąć tego minimum nasycenia.

Co się tyczy zapobiegania miejscowego, to powszechnie stosowanem środkiem przed stosunkiem płciowym u mężczyzn jest maść kalomelowa, po stosunku obmywania roztworem Hg. oxycyanatum. U kobiet ze względu na rozległość powierzchni, z której mogą się resorbować stosowane środki, można zalecić tylko przepłukiwania 1‰ roztworem Hg. oxycyan.

Szereg doświadczeń na ludziach i zwierzętach, jak również liczne obserwacje kliniczne wykazały duże znaczenie zapobiegawcze preparatów novarsenobenzolowych i stovarsolu. Znane są przypadki, że już jednorazowy zastrzyk novarsenob. 0,6 zapobiegał zakażeniu organizmu ludzkiego krętkami, które wszczepiono sztucznie lub zakażeniu drogą naturalną. Podawanie stovarsolu w przypadkach przypuszczalnego zakażenia kiłą ma duże znaczenie w zapobieganiu, zwłaszcza u ciężarnych. W końcu poleca autor energiczne leczenie kiły jaknajwcześniej, jako jeden z najważniejszych sposobów uczynienia kiły niezaraźliwą.

**Nietypowa łuszczyca i łuszczycowate parakeratozy. (Psoriasis atypique et parakeratoses psoriasiformes). H. Gougerot, P. Blum.** *Paris Médical 1930, Nr. 3.*

Autor zalicza parakeratotyczne zmiany łuszczycowate do t. zw. nietypowych postaci łuszczycy, a swoje zapatrywania popiera następującemi spostrzeżeniami.

1. Łuszczycowate zmiany parakeratotyczne na skórze, utrzymujące się niekiedy miesiące i lata przekształcają się czasem nagle w typowe wykwity łuszczycowe.

2. Często spotyka się u tych samych chorych pojedyńcze stare tarczki łuszczycy np. na łokciach i kolanach i świeży wybuch uogólnionych wykwitów parakeratotycznych.

3. Niekiedy pojedyńcze z licznych wykwitów parakeratotycznych przekształcają się w typowe wykwity łuszczycy.

4. Zdarza się również, że w miejscu wykwitów łuszczycy, po prawie zupełnym ich ustąpieniu powstają zmiany parakeratotyczne.

Autor przytacza opis kliniczny dwuch przypadków. W pierwszym obok starych tarczek łuszczycowych na kończynach dolnych, istniały świeże wykwity parakeratotyczne na całym ciele. W drugim uogólnione wykwity parakeratotyczne, po trzymiesięcznym trwaniu przekształciły się na kolanach i biodrach w typowe wykwity łuszczycowe.

**Liszaj płaski w jamie ustnej. (Le lichen plan buccal). Pierre Fernet.** *Paris Médic. 1930 Nr, 3.*

Wykwity liszaja płaskiego w jamie ustnej spotyka się prawie w połowie przypadków tego schorzenia na skórze. Zmiany te bywają bardzo często rozpoznawane jako kiłowe i zdarza się niejednokrotnie, że leczy się je lekami specyficznemi, przeciwkiłowemi.

Najczęściej umiejscawiają się wykwity liszaja na wewnętrznych powierzchniach policzków, dalej na języku. zwłaszcza na jego grzbiecie, rzadko spotyka się na dziąsłach i migdałkach. Często wykwity są symetryczne. Rozróżnia się trzy postacie liszaja

płaskiego w jamie ustnej; siatkowatą, plackowatą i obrączkową. Dla wszystkich tych trzech postaci znamienne jest białawe wejrzenie, nieznaczna wyniosłość wykwitow i delikatne, zaledwie widoczne drzewkowate wypustki. Postać wrzodziejąca jest nadzwyczajnie rzadka i zawsze obok owrzodzeń znajdują się wykwity typowe, nie owrzodziałe. Rozpoznanie różniczkowe liszaja i kiły jest łatwe, jeżeli weźmiemy pod uwagę okrągławy kształt, wejrzenie szarawe, łatwe krwawienie, głębsze nacieczenie, bolesność i większy odczyn zapalny wykwitów kiłowych. Leucokeratosis odróżnia się znaczną twardością wykwitów, wyraźniejszą białą barwą, połyskiem, ponadto zwykle istnieją inne zmiany kiłowe w jamie ustnej. Lupus erythematosus, o ile pojawia się na śluzówkach jamy ustnej, wykazuje zawsze obecność miejsc zanikowych, otoczki zapalnej i sprawia dolegliwość.

Rozpoznanie liszaja płaskiego w jamie ustnej ułatwia znacznie rozpoznanie wczesnych okresów liszaja na skórze, co jest nieraz bardzo trudne, gdyż liszaj płaski na skórzę przybiera czasem w swoich okresach początkowych wejrzenie zwykłe tarczki parakeratotycznej lub nawet łuszczycowej. Nakoniec należy zwrócić uwagę na niejednokrotne pojawienie się liszaja płaskiego w przebiegu leczenia kiły preparatami arszenikowemi. Leczenie polega na częstem płukaniu jamy ustnej słabemi rozczynami kal. hyperm. lub naturalnemi wodami zasadowemi (*Saint-Christan*). Stosowanie środków żrących pogarsza stan chorobowy, radioterapja jest zwykle bezskuteczna i trudna do zastosowania. *Hudelo* i *Rabut* stosowali w tych przypadkach cryoterapję i uzyskali kilka dobrych wyników, jakkolwiek należy zauważyć, że ten zabieg bolesny w takich razach stosuje się w schorzeniu dobrotliwym, nie sprawiającym żadnych dolegliwości i zwykle mało rozległym. Leczenie novarsenobenzolem, acetylarsanem jest wskazane w przypadkach, w których istnieją równocześnie zmiany na skórze, chociaż, jak już wspomniano, leki te mogą niekiedy ułatwić wybuch wykwitów.

**Dysidrosis (Les Dysidroses) G. Garnier.** (*Paris Medicol*, *1930 Nr. 3*).

Dysidrosis nie jest jednostką chorobową, jest tylko objawem w przebiegn wielorakich spraw i można wyróżnić następujące grupy przypadków, przebiegające z dysidrozą. Nazwa pochodzi stąd, że początkowo przypuszczano istnienie potu w pęcherzykach. Tego jednak nie udowodniono,

*1. Dysidrosis simplex*: schorzenie spotykane przeważnie u osobników młodych wybitnie swędzące, nasila się lub wyłącznie pojawia sie w gorącej porze roku, polega na występowaniu licznych drobnych pęcherzyków w głebokich warstwach naskórka, wypełnionych płynem przezroczystym. Najczęściej dotknięte są boczne powierzchnie palców rąk, potem dłonie, czasem grzbiety rąk. Schorzenie zajmuje niekiedy i stopy. Zwykle pęcherzyki zasychają szybko, nie pękając. Ze względu na przebieg kliniczny rozróżnia się: postać zlewającą się, suchą, recydywującą. Etjologja do dzisiaj nie jest zupełnie jasna. Podejrzewa się istnienie w tej grupie 3-ch odmian w zależności od etjologji. a) *Dysidrosis parasitaria*, odmiana przypuszczalnie najczęstsza. W łuskach i w płynie z pęcherzyków znajdowano nitki grzybni z grupy epidermophyton, niektórzy znajdowali trichophyton, inni drożdże. W tej odmianie należałoby stosować leczenie przeciwpasorzytnicze, co się też najczęściej robi, o ile nie można znaleźć innej pewnej przyczyny. c) *Kiła*, najczęściej wrodzona, pomiędzy wieloma dystroficznymi stygmatami może również wywołać dysidrosis. Zgodnie z tym przypuszczeniem znane są przypadki wyleczenia przy pomocy leków specyficznych przeciwkiłowych. Kiła nabyta rzadziej wywołuje dysidrosis. c) Istnienienie dysidrosis medicamentosa, jak niektórzy przypuszczają, jest rzeczą wogóle wątpliwą. Jedyny dowód istnienia takiego schorzenia, mianowicie zaostrzenie objawów po zastosowaniu niektórych leków, nie jest dostateczny.

2. Drugą grupę stanowi *dysidrosis secundaria infectiosa*. Obraz kliniczny tego schorzenia różni się niekiedy tylko odmiennym wejrzeniem płynu w pęcherzykach, nieco mętniejszym, żółtawym. Czasem współistnieją typowe krosty, a zwykle można wykazać obecność ropienia na dłoniach. Czynnikiem chorobotwórczym jest w tych przypadkach paciorkowiec, łatwo dający się wyhodować z płynu, często towarzyszy mu gronkowiec. Obok pęcherzyków i króst w tym schorzeniu często znajdujemy obrzękowe rumienie i łuszczenie.

3. Trzecią grupę stanowi *eczema dysidrosiformis* Jest to tylko jedna z wielu postaci wyprysku. Pęcherzyki są różnej wielkości, umiejscowienie nie tak typowe, na dalszych częściach kończyn i na tułowiu często znajdują się zmiany wypryskowate.

Leczenie; w dysidrosis parasitaria polega na codziennem stosowaniu rozcienczonej (1%) jodyny lub roztworu 1% acid. chryzophan. w chloroformie. Ten drugi środek barwi paznokcie i drażni spojówki. Stopy poleca autor ponadto kąpać w słabym roztworze kal. hyperm. Po kilku dniach takiego leczenia dobrze jest zastosować maść woskową z dodatkiem 5% ichtyolu. Schorzenie jest wysoce uporczywe i skłonne do nawrotów. Jako ostateczny środek stosuje się zwykle radjoterapję. Dysidrosis infektiosa wymaga leczenia, jak w ropnych schorzeniach skóry; okłady pod ceratką z wody Alibour'a (30%) lub pędzlowanie 0.25% roztworem alkoholowem gentian-violet i methyl-vert w równych częściach, później 5% maść hydrarg. pr. flav. W eczema dysidrosiform, leczenie jak w wypryskach; w okresie ostrym unikać należy wszelkich środków drażniących, w okresie przewlekłym stosować; arg. nitr. i pastę ichtyolową (20%).

**Początek zgorzeli skóry. (Le bacille de la gangrène cutanée) G. Milian.** *Paris méd. 1930 Nr 3)*.

Bacilllus gangrenae cutis wykazuje morfologiczną budowę podobną do prątka *Ducrey'a*, w środku jasny, na końcach silnie barwiący się, krótki lub dłuższy, czasem nawet nitkowaty, Gram-ujemny, barwi się łatwo barwikami zasadowemi. Rośnie łatwo na wszystkich pożywkach, hemolizy nie wywołuje. Często towarzyszy mu paciorkowiec. który mu toruje drogę. Drobnoustrój ten wywołuje następujące kliniczne postacie zgorzeli. 1. *Piorunująca zgorzel* organów płciowych zewnętrznych zdarza się tak u mężczyzn, jak i u kobiet, jest typem zgorzeli czysto skórnej, prawie nigdy nie drąży głębiej, z reguły kończy się wyleczeniem. Objawy ogólne w postaci podniesienia ciepłoty, przyśpieszenia tętna zwykle w tej postaci są nieznaczne. 2. *Zgorzel skóry* w przebiegu niektórych schorzeń skórnych zwłaszcza w przebiegu morbus *Dubring* (autor podaje opis własnego przypadku tego typu) 3. Zgorzel skóry towarzyszy niekiedy wrzodom podudzia a może spowodować także zgorzelinowy rozpad blizny po wrzodzie goleni. 4. Purpura gangrenosa, schorzenie towarzyszące niekiedy zwykłym zmianom zgorzelinowym na skórze, może się

także następowo rozwinąć w przypadku każdej wysypki wybroczynowej.

Bac. gangrenae cutis z łatwością przedostaje się do krwiobiegu, wywołując podniesienie ciepłoty (około 38°), zamroczenie, obfite biegunki, suchość języka, dalej drżenie mięśni, niedomogę zwieraczy, krwiomocz, objawy myosis, jak w uremji, niepokój. Zejście zwykle jest śmiertelne. Autor usiłował uzyskać surowicę specyficzną przeciwzgorzelinową i po szeregu doświadczeń na królikach udało mu się uzyskać surowicę chroniącą króliki, zakażone prątkiem zgorzeli od zejścia śmiertelnego.

**Niekorzystny wpływ środków czyszczących w wyprysku. (Les mefaits des purgatifs au cours de l'eczema), J. Morkianos.** (*Revue fr. de Derm. et de Véner. 1929 Nr. 7—8*).

Autor przestrzega przed podawaniem środków przeczyszczających w wszelkiego rodzaju chorobach skórnych, zwłaszcza w wypryskach, jak to bywa powszechnie stosowane przez lekarzy praktyków, zwłaszcza nie dermatologów. Autor podaje opis 5 przypadków wyprysku w różnych postaciach, w których istniały zaburzenia w przewodzie pokarmowym i w których podanie środków przeczyszczających wywołało świeży wybuch schorzenia lub pogorszenie się stanu chorobowego. Purgantia zwykle pogorszają zaburzenia jelitowe, a czasem wystarczy zastosować djetę bezwęglowodanową lub tylko odjąć cukier, aby uzyskać poprawę stanu jelit i skóry.

**W sprawie przewlekłych schorzeń skórnych paciorkowcowych (Sur les dermatoses chroniques streptococciques). R. Sabouraud.** (*Presse Med. 1930 Nr. 3*).

Tak, jak gronkowce mają specjalną skłonność do atakowania mieszków włosowych, tak ziarnkowce najczęściej atakują wilgotne fałdy skóry, nigdy natomiast nie usadawiają się w mieszkach włosowych. Spotyka się je dlatego najczęściej we wszelkiego rodzaju wyprzeniach, w fałdach poza uszami, nosowo-policzkowych, w zajadach, w fałdach pośladkowych i t. p. Ziarenkowce nigdy nie przyłączają się do pierwotnego zakażenia gronkowcowego, odwrotnie dzieje się bardzo często. Ziarenkowce odgrywają istotną rolę czynnika wywołującego szereg schorzeń skórnych przewlekłych. Liszajec, impetigo jest najczęstszym schorzeniem paciorkowcowym a obejmuje przypadki zarówno typowe, częste, przebiegające z tworzeniem się grubych strupów miodowych na twarzy i owłosionej skórze głowy, zwłaszcza u dzieci, jak i przypadki mniej charakterystyczne, przebiegające w postaci suchych łuskowatych strupów na głowie t. zw. „teigne amiantacée d'Alibert". Do rzadziej spotykanych schorzeń skóry paciorkowcowych należą: osutka plamista, barwy blado różowej pojawiająca się niekiedy u ciężarnych lub karmiących na owłosionej skórze głowy, na szyji i klatcę piersiowej, pokrywająca się szybko łuskami i strupkami, ograniczone, łupieżowato łuszczące się plamy, częste u dzieci szkolnych na twarzy t. zw. pitiriasis alba faciei lub impetigo sicca. Należą tu dalej wszystkie stany zapalne skóry wychodzące z fałdów skornych i z ropnych, niekiedy bardzo nieznacznych, zmian na kończynach, a rozszerzające sie szybko na otoczenie. W końcu paciorkowiec odgrywa ważną rolę w przewlekłych, suchych zmianach skórnych t. zw. neurodermitis i w uporczywym długotrwałem swędzeniu odbytu. Autor daleki jest od twierdzenia, jakoby paciorkowiec był jedynym czynnikiem, wywołującym powyższe schorzenia i przypuszcza istnienie szczególnego, miejscowego usposobienia skóry do pewnego rodzaju drobnoustrojów. Leczenie zakażeń paciorkowcowych w okresie sączenia polega na okładach z wody Alibour'a w ciągu dnia, stosowanie 10% maści dziegciowej na noc. Po okresie sączenia należy stosować pędzlowanie 1% nalewką jodową i pasty cynkowe. Nawroty są częste, dlatego też leczenie powinno trwać jeszcze pewien okres czasu poza istnieniem zmian, dających się klinicznie zauważyć.



**W sprawie przebiegu powtórnego zakażenia kiłą osobników z kiłą nabytą i wrodzoną. (Gravidité de superinfection chez les syphilitiques acquis Benignité habituelle de la superinfection chez les heredosyphilitiques). Gougerot.** (*Presse Med. 1930. Nr. 18*).

Autor omawia przebieg kliniczny reinfekcji (zakażenie powtórne osobników całkiem wyleczonych) i superinfekcji (zakażenie powtórne osobników nie zupełnie wyleczonych) kiłowej razem, gdyż nie mamy do dzisiaj dostatecznych kryterjów wyleczenia, nie można więc nigdy wiedzieć, czy ma się do czynienia z reinfekcją czy z superinfektem. Autor podaje opisy kliniczne kilku przypadków powtórnego zakażenia kiłą osobników, którzy cierpieli uprzednio na kiłę nabytą. Z przebiegu klinicznego tych przypadków można wysnuć wniosek, że powtórne zakażenie w tych razach przebiega zwykle ciężko. Okres wylęgania jest krótki, częste są schorzenia paraluetyczne, zmiany w tętnicy głównej, angina pectoris,

kilaki. Z licznych obserwacji innych autorów widać, że przeciwnie przebieg powtórnego zakażenia kiłą u osobników z kiłą wrodzoną jest zwykle dobrotliwy, co tłómaczy autor obecnością odporności, jaka pozostaje po przebyciu kiły wrodzonej. Odpornośc tą może widocznie zdobyć tylko organizm zakażony bardzo wcześnie, w okresie embrjonalnym, lub jako noworodek. Zakażenie późniejsze nie jest w możności uodpornić organizmu. Odporność ta jest tego typu, co nabyta po stosowaniu szczepionek. Wyjątek stanowią kiłowi, źle leczeni w czasie pierwszego zakażenia kiłą. U tych przebieg powtórnego zakażenia często, przynajmniej w pierwszych latach, jest dobrotliwy.

Kiła wrodzona jednak zdaje się sprowadzać pewien stan mniejszej odporności komórek nerwowych, czego wynikiem jest specjalny neurotropizm krętków u osobników powtórnie zakażonych, częste zajęcie systemu nerwowego. Z powyższych spostrzeżeń wynika sam przez się szereg wskazówek terapeutycznych i prognostycznych.

*Dr. Zofja Jastrzębska.*

# KRONIKA

**Z Rodziny Lekarskiej.** W dniu 23 marca 1930 roku odbyło się Doroczne Walne Zebranie Członków Rodziny Lekarskiej w Lokalu Związku Lekarzy Państwa Polskiego. Po zagajeniu posiedzenia przez Prezesa Rodziny Lekarskiej Generała D-ra Rogalskiego, na przewodniczącego wybrano D-ra Klimaszewskiego. Po uczczeniu pamięci Zmarłych Członków przez powstanie, Dr. Kozłowski odczytał sprawozdanie z działalności Rodziny Lekarskiej za rok 1929. Ze sprawozdania wynika, że Rodzina Lekarska zaczęła sią rozwijać w szybkim tempie, dowodem czego jest znaczny przyrost liczby Członków. Liczba członków wzrosła z 207 w 1928 r. do 657 w 1929 r. Obrót z 8.287 zł. 81 gr. 1928 r. wzrósł do 19.903 zł. 89 gr. (1929 r.). Ostatniemi czasy zaczęła się interesować wiecej Rodziną Lekarską prowincja. Zakres działalności Rodziny Lekarskiej zaczyna zataczać coraz szersze kręgi. Udzielono 17 zapomóg jednorazowych od 20 do 300 zł. Na gwiazdke 12 osob otrzymało po 20 złotych, w 1 wypadkach udzielono zapomogi na koszta pogrzebu, udzielono 12 osobom pożyczek bezprocentowych, 5 osób korzystało z bezpłatnej kuracji w szpitalach, 3 osoby otrzymały emerytury państwowe, pomagano w ukończeniu kursów położniczych, kształceniu dzieci, w wyjeździe na kolonje letnie, w umieszczeniu w przytułkach, w wyszukiwaniu posad, wyjednywano bezpłatny pobyt w miejscowościach kuracyjnych, i t. d. i t. d. W poszukiwaniu źródeł dochodów zwracano się po ofiary do lekarzy i instytucji bedących w ścisłym kontakcie z lekarzami. Z ofiar wpłynęło w 1929 r. 6.806 zł. 70 gr.

Ze składek członkowskich 7.431 zł. 45 groszy. Najwyższą sięgającą sumy 1.279 zł. ofiarę złożyło Zrzeszenie Lekarzy Kasy Chorych. Najwyższa ofiara z instytucji związanych ze stanem lekarskim wpłynęła od Polskich Zakładów Siemens i od Pabjanickiego Tow. Akc, Przemysłu Chemicznego po 200 zł.

Sprawozdanie Kasowe z funduszu zbieranego na Budowę Schroniska dla wdów i sierot po lekarzach zamknięto w porównaniu z rokiem 1928 (1768 złotych) sumą przeszło czterokrotną bo 7.860 złotych. Zebrani dziękowali w serdecznych słowach za wydajną pracę obecnemu Zarządowi i uchwalili jednogłośnie wręczyć Prezesowi Rodziny Lekarskiej D-rowi Generałowi Rogalskiemu, Drowi Natansonowi i Drowej Brühowej w uznaniu ich rzeczywistych zasług Dyplomy Honorowe.

Zaś członków Doc. dra Leona Karwackiego. dra Jana Pieniążka, dra Stanisława Porydzaja, Michała Przyrębla z Warszawy- drową Aleksandrową Sawicką z Ciechocinka oraz Izbę Lekarską Łódzką i Izbę Lekarską Krakowska mianować członkami Dożywotnemi.

Na miejsce ustępującej 1/3 Zarządu, (3 członków) i 2 członków, którzy zrzekli się mandatów powołano w głosowaniu tajnem: Dra Eberhardta Maksymiljana Nacz. Wydz. Zdr. Kom. Rządu na m. st. Warszawę, Dra Przyborowskiego Adama. Dra Ryłkę Marjana, Dra Szumlańskiego Witolda i Drową Zienkiewiczową Reginę.

Generał Dr. Rogalski w swem krótkiem, żołnierskiem, lecz od duszy idącem przemówieniu, dziękował za wyrazy uznania dla Zarządu Rodziny Lekarskiej i nadmienił, że jest pełen nadziei, że tak konieczna i może zbyt mało spopularyzowana instytucja jaką jest Rodzina Lekarska, rozwinie się w potężną organizację, która zabezpieczy byt i da w razie nieszczęścia dach nad głową wdowom i sierotom po zmarłych lekarzach.

Aby nadzieje lekarzy nie były płonnemi i aby wszyscy koledzy dopomogli w szlachetnych pełnych energji i dobrych chęci poczynaniach Zarządu Rodziny Lekarskiej.

Niech nikogo nie zbraknie w Rodzinie Lekarskiej.

Wpisowe wynosi 5 złotych. Składka członkowska 1 zł. miesięcznie.

Konto Czekowe P.K.O. Rodziny Lekarskiej Nr. 15.922.

Konto Czekowe P.K.O. Budowy Schroniska Nr. 18,235.

**Międzynarodowa naukowa wycieczka lekarzy do Turcji i Małej-Azji.** Dzięki inicjatywie Dr. *Fryderyka Baracha*, Wiedeń, wybierają się lekarze austryjaccy 20 sierpnia 1930 r. do Konstantynopola. Uczestnicy zobaczą Bukarest, Giurgiu, Konstanzę, Konstantynopol (z okolicą) i zwiedzą tamtejsze zakłady lecznicze, między innemi także stację termalną Kura, miejscowość znaną już w starożytności (Pythia), Z Konstantynopola nastąpi wyjazd do Małej-Azji. Uczestnicy zamierzają dotrzeć do Angory.

Koledzy (z e w s z y s t k i c h k r a j ó w), którzy pragną przyłączyć się do tej wycieczki, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aerztliche Auslandsstudienreisen Wiedeń (Wien Austrja) I. Biberstrasse 11, I. St. albo Medizinisch-Pharmazeutische Rundschau Wien I. Heiligenkreuzerhof.

* * *

Na zaproszenie Medyków Czechosłowackich w dniu 24.IV wyjechała do Czechosłowacji i do Wiednia wycieczka naukowo-reprezentacyjna Medyków Warszawskich pod łaskawem przewodnictwem p. Prof. Dra Fr. Czubalskiego.

W programie wycieczki zwiedzanie uzdrojowisk: Podebrad, Karlowe-Vary, Jachymowo, Trenczynskie-Teplice, prócz tego Praga-Czeska i Wiedeń.

W wycieczce bierze udział 50 medyków oraz grono lekarzy warszawskich.

# *BIBLJOGRAFJA*

**G. Jeanneney i M. Rosset-Bertrand. Formulaire gynecologique du praticien.** *G. Doin Paris 1930. 200 str. Cena 32 fr.*

Jak tytuł wskazuje chodziło autorom o danie lekarzowi praktykowi zwięzłych wskazówek terapeutycznych w zakresie chorób kobiecych. Cel ten został osiągnięty; pomimo szczupłych rozmiarów książeczka powyższa zawiera wszystko, co winien wiedzieć niespecjalista, aby przeprowadzić badanie, a nawet i leczenie chorej ginekologicznej. Przejrzystość i zwięzłość tekstu wyróżnia powyższą książkę z pośród podobnych wydawnictw. Jedynie wskazówki balneologiczne są, rzecz zrozumiała, bez większego znaczenia dla lekarza niefrancuza.

**Endocrinologie et les etats endocrinosympathiques. A. Guillaume Część trzecia.** *G. Doin. Paris 1930. 600 stron. Cena 45 fr. fr.*

Poprzednie części tego wydawnictwa były swego czasu omawiane na łamach „Wiedzy"; część trzecia i ostatnia poświęcona jest ogólnym zaburzeniom wywoływanym przez schorzenia gruczołów dokrewnych: odchylenia konstytucjonalne, sprawy stawowe, zaburzenia płciowe, starzęnie się, zaburzenia krążenia, przemiany materji i t. p. Jak i w poprzednich częściach autor grupuje swój materjał nie podług poszczególnych gruczołów, lecz wielkiemi zespołami objawów klinicznych, co jednocześnie chroni od zbędnych powtarzań i czyni dzieło to bliższem i zrozumialszem dla lekarza nie zajmującego się specjalnie sprawami zaburzeń gruczołów dokrewnych. Jak zwykle, sprawa leczenia jest uwzględniona bardzo wyczerpująco; i naogół dziełko to zawiera niemniej pożytecznych wskazówek, niż wielkie rozwlekłe kilkotomowe dzieła, traktujące ten sam temat.

**J. Montpellier i P. Witas. La pratique de l'autopsie.** *G. Doin. Paris 325 stron, 1930. Cena 40 fr. fr.*

Podręcznik ten przeznaczony do użytku studentów i lekarzy praktyków zaznajamia ze sposobem wykonywania sekcji naukowych, przyjętym we Francji. Szczególnie cennem jest dołączenie dość dużego działu poświęconego sekcjom sądowym, oraz omawiającego pokrótce badania sądowe (krew, sperma, etc.). Rysunki, acz w niewielkiej liczbie, są dość dobre. Dziełko powyższe można polecić każdemu, kto, nie posiadając odpowiedniej wprawy, bywa od czasu do czasu zmuszony do wykonywania badania zwłok.

**C. Lian. L'année medicale pratique.** *Lépine. Paris. 1928, 651 stron.*

Znane wydawnictwo w tym siódmym swym roczniku zawiera zestawienie najwybitniejszych ze stanowiska lekarza praktyka prac przeważnie z piśmiennictwa francuskiego, lecz z uwzględnieniem i innych źródeł z roku ubiegłego, Od podobnych zestawień odróżnia się ten rocznik przedewszystkiem tem, że prace streszczone są, jak wspomnieliśmy, o charakterze praktycznym, a sam sposób streszczenia jest na tyle szczegółowy, iż pozwala na zastosowanie tego lub innego pomysłu lub sposobu leczenia bez uciekania się do czytania pracy w oryginale. W ten sposób rocznik ten podobnie jak ubiegłe spełnia swój cel — danie możności lekarzowi łatwiejszego ogarnięcia i wykorzystania zdobyczy i postępu nauki lekarskiej.

**P. Ravaut i R. Boulin. Le Rhumatisme blenorrhagique.** *G, Doin. Paris 1930. 34 strony. Cena 8 fr. fr.* **A. Marfan. Le rachitisme.** *Jak wyżej 50 stron. Cena 15 fr. fr.*

*G. Doin* zapoczątkował bardzo potrzebną i poparcia godną postać wydawniczą — są to krótkie monografje pisane przez koryfeuszów danego przedmiotu i ujmujące całość zagadnienia zgodnie z współczesnemi poglądami zwięźle; wyczepująco, ale bez zbędnego, balastu cytat z piśmiennictwa i przeżytych już zapatrywań. Strona leczniczo-kliniczna jest szczególnie pieczołowicie opracowana. Graficznie stoją te monografje na bardzo wysokim poziomie, cena jest wobec tego wprost śmiesznie niska, co umożliwi każdemu kompletowanie tego wydawnictwa, ukazującego się pod wspólnym tytułem „La pratique médicale illustrée" i utworzenie sobie w ten sposób z czasem czegoś w rodzaju kompletnej encyklopedji lekarskiej.

**R. Weissenbach i R. Françon. Causes et traitements des rhumatismes chroniques.** *G. Doin. Paris 1928. 342 strony. Cena 32 fr. fr.*

Obecnie, gdy temat gośćca jest więcej niż kiedyindziej na czasie, dzieło to jest szczególnie cenne, pozwala bowiem w sposób przystępny i łatwy opanować dziedzinę może najmniej uporządkowaną w całej medycynie. Książka ta skierowana jest przedewszystkiem do lekarzy praktyków i o ich potrzebach myśląc unikali autorzy nadmiaru teorji, nacisk kładąc na stronę kliniczną, a zwłaszcza na leczenie i zapobieganie. Książka ta winna się znaleźć u każdego lekarza, mającego do czynienia z chorymi gośćcowymi.

**W. Vignal. Les rayons ultra-violets et infra-rouges.** *G. Doin. Paris. 1930. 240 stron. Cena 30 fr. fr.*

W dobie obecnej ogólnego rozpowszechnienia i, powiedzmy otwarcie częstego nadużywania stosowania promieni pozafjołkowych i pozaczerwonych. książkę powyższą powitać należy jaknajgoręcej. Znajdzie w niej lekarz krótkie i jasne wyłożenia działania promieni, technikę ich stosowania, wskazania i przeciwwskazania— słowem wszystko co jest potrzebne do wyrobienia należytego poglądu na wartość istotną tego sposobu leczenia. Trzeba mieć nadzieję, że książka ta znajdzie szersze rozpowszechnienie i ukróci choć częściowo zamęt panujący w sprawach światłolecznictwa.

**G. Luys. Maladies des vésicules sèminales.** *G. Doin. 1930. 300 stron, 113 rycin. Cena 50 fr. fr.*

Monografję powyższą niezawodnie powitają chirurdzy, a przedewszystkiem urolodzy i wenerolodzy, z wysokiem zadowoleniem, przedstawia ona bowiem całokształt schorzeń pęcherzyków nasiennych i ich leczenia, czyli dział zazwyczaj zaniedbywany przez większość lekarzy i niedoceniany, a przecież tak bardzo ważny. Na szczególne wyróżnienie zasługuje nader udatne przedstawienie stosunków anatomicznych i fizjologji pęcherzyków, uwagi godne jest również udatne ujęcie schorzeń przewlekłych niegonokokkowych oraz gruźlicy. Książkę tę uzupełnia ponadto dział operacyjny, napisany przez *Pauchet'a*, co jeszcze zwiększa i tak niepowszednią jej wartość.

**Lecène. Chirurgie des os et articulations des membres.** *Masson et Cie Paris, 1929. 592 strony, 437 rycin. Cena 140 fr. fr.*

Dzieło nawskroś oryginalne. Nie mówiąc już o tem, że zgodnie z tytułem zajmuje się ono tylko chirurgją kostną (i to nie całą, bo tylko kończyn), pomijając prawie całkowicie etjologję, rozpoznawanie, różniczkowanie i t. d. ześrodkowuje się na leczeniu operacyjnem. I tu, należy to odrazu podnieść, stoi ono o wiele wyżej, niż inne podobne podręczniki. Książka ta bowiem wyszła z kliniki i przesiąknięta jest jakby atmosferą kliniczną. W stopniu gdzieindziej nienapotykanym uwzględnia ona potrzeby kliniczne, potrzeby chorego. Opisując zabiegi i sposoby ich wykonywania, wskazania i przeciwwskazania, czyni to nie ze stanowjska oderwanej teorji, „zasadniczo“ lecz mając ciągle na uwadze potrzeby życiowe. Szczególną wartość przedstawia nader szczegółowo ujęte postępowanie pooperacyjne, które, jak wiadomo, właśnie w operacjach kostnych jest dla wyniku ostatecznego czynnikiem rozstrzygającego znaczenia. Żałować jedynie należy, że autor w swem dziele uwzględnił jedynie zabiegi stosowane we Francji, ale i pomimo tych zastrzeżeń książka powyższa jest nieodzowna dla każdego chirurga, znajdzie on w niej bowiem o wiele więcej niż w wielkich wszechstronnych dziełach — znajdzie w niej odzwierciadlenie wysoce stojącej szkoły, znajdzie zespół zabiegów nie teoretycznie możliwych, ale wypróbowanych i krytycznie przez autora wybranych. Strona graficzna bez zarzutu, rysunki dość liczne i dobre.

**E. Forgue i A. Basset. La rachianesthesie.** *Masson et Cie Paris. 1930. 222 strony, 23 ryciny. Cena 30 fr. fr.*

Znieczulenie lędźwiowe znalazło w osobach *Forgue'a i Basset'a* gorących zwolenników i umiejętnych propagatorów. Dzieło powyższe stanowi owoc doświadczenia na podstawie przeszło 4000 przypadków. Autorzy po wstępie historycznym omawiają szczegółowo stosunki anatomiczne, fizjologję, sposób działania znieczulenia, a przedewszystkiem technikę jego wykonania. Wskazania, przeciwwskazania, powikłania podczas znieczulenia i później występujące są również wyczerpu-

jąco omówione, wreszcie obfite zestawienie piśmiennictwa zakańcza całość, która tworzy w ten sposób nieocenione źródło informacji dla każdego, interesującego się sprawą znieczulenia lędźwiowego.

* * *

La pratique medicale illustrée, zbiór krótkich monografji wydawany pod redakcją profesora Sergent'a, o którym to zbiorze już powyżej była wzmianka, wkrótce wzbogaci się o nowe trzy zeszyty, mianowicie:

*A. Sezary i A. Barre.* Współczesne lecznictwo porażenia postępującego (8 fr. fr.)

Autorzy podają dwie metody, jedną chemiczną (arszenik wielowartościowy) i drugą biologiczną (malarja), które to metody umożliwiły przesunięcie porażenia postępującego z kategorji chorób nieuleczalnych do rzędu uleczalnych cierpień.

Sprawę ciągłej nieustannej tachykardji omawiają *C. Lian, A. Blondel i O. Viau.* (14 fr. fr.) Zagadnienie to niewątpliwie interesuje większość internistów.

Tak aktualną dziś sprawę leczenia chirurgicznego i wewnętrznego gruźliczych wysięków opłócnej (16 fr. fr.) poruszają *F. Dumarest, M. Guilleminet i F. Rougy* w trzecim ze wspomnianych zeszytów, Po wyczerpującem omówieniu tematu autorzy przychodzą do wniosku, że minęły czasy przeciwstawiania leczeniu zachowawczemu leczenia chirurgicznego, lecz że obecnie należy postępować wybiórczo, zależnie od warunków przypadku, dając pierwszeństwo to jednej, to drugiej metodzie.

Jak zawiadamia wydawca, w roku bieżącym ukaże się jeszcze około 30 zeszytów; najbliższe będą poświęcone: Przetaczaniu krwi *R. Benda*), Wrzodowi miękkiemu (*C. Milian*), Zapaleniom wsierdzia (*Lemierre*).




Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Orzechowska 4. Tel. 420-90.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**




NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU

ANTIPYRETICVM
ANALGETICVM

# CRYOGÉNINE LUMIÈRE

Żadnych ubocznych działań.




## I

NAJŁAGODNIEJSZE i NAJPEWNIEJSZE DZIAŁANIE

*przeciwgorączkowe*

SZCZEGÓLNIE W

*gruźlicy.*

DAWKOWANIE: *DOROŚLI* 1,0—2,5 grm. „PRO DIE".
*DZIECI:* ZALEŻNIE OD WIEKU.

## II

NAJSKUTECZNIEJSZY ŚRODEK

*przeciwbólowy*

W DAWKACH WIĘKSZYCH 2,0 — 3,0 DZIENNIE

**(w DNIE, POSTRZALE, NERWOBÓLACH, MIGRENIE i t. p).**

### POSTACI

**Pulvis Cryogénine** do receptury: proszków, czopków, pigułek, zawiesin i t. p

**Comprimés** { **Cryogénine** à 0,50 grm.
**Cryogénine** „ 0,25 „

*W rurce 10 tabletek.*

**Cachets** { **Cryogénine** à 0,50 grm.
**Cryogénine** „ 0,25 grm.

*W rurce 10 opłatków.*

